МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им. В. П. СЕРБСКОГО
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИСПОЛКОМА МОССОВЕТА
НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 17

Для служебного пользования
Экз. №

ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО И ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Сборник научных трудов

МОСКВА 1984

Министерство здравоохранения СССР

Всесоюзный научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского

Главное управление здравоохранения исполкома Моссовета

Наркологическая больница № I7

Для служебного пользования

Экз. №

ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО И ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Сборник научных трудов

Москва I9б4

Редакционная коллегия: Иванец Н.Н. (ответственный за выпуск),
Дроздов Э.С., Бехтель Э.Е., Игонин А.Л., Ураков И.Г.,
Савченко Л.М.

СОДЕРЖАНИЕ

Альтшулер В.Б., Анучин В.В., Тресков В.Г. Лечение хронического алкоголизма у женщин психостимуляторами в сочетании с нейролептиками и транквилизаторами ..... 7-9.

Бехтель Э.Е. Механизм формирования алкогольной потребности у подростков .....10-12.

Вандыш В.В. К характеристике так называемого "бытового пьянства у несовершеннолетних ..... 13-16.

Демидов А.Ю. Сравнительный клиникс-генеалогический анализ женского и мужского алкоголизма ..... 17-20.

Анучин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б., Тимошенко В.З. Преклинические и начальные проявления хронического алкоголизма у женщин разного возраста ..... 21-24.

Дроздов Э.С. О новых формах работы наркологического стационара ..... 25-27.

Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. К вопросу об интоксикационных психозах у подростков, злоупотребляющих алкоголем ..... 28-30.

Еникеева Д.Д. Вегетативные нарушения в клинике острого отравления снотворными препаратами и транквилизаторами у подростков ..... 31-33.

Бехтель Э.Е. Алкогольная потребность у подростков на ранних стадиях формирования алкогольной привычки ..... 34-38.

Кириллова Л.А. Некоторые особенности формирования алкоголизма в подростковом возрасте ..... 39-40.

Копыт Н.Я., Запорожченко В.Г. Социально-гигиенические факторы, способствующие развитию алкоголизма у женщин .... 41-43.

Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Василевская А.Д., Дукарский Ф.Г., Клечковский Ф.Г., Некоторые данные катамнестического обследования женщин, перенесших острые алкогольные психозы 44-46

Корчагин С.В., Цетлин М.Г., Яздовская С.В. Тактика психотерапии больных алкоголизмом в юношеском возрасте ..... 47-49.

Козырев В.Н., Дроздов Э.С. Наркологическая служба г.Москвы и перспективы ее развития ..... 50-54.

Кривенков А.Н. Медикаментозная терапия больных алкоголизмом в юношеском возрасте ..... 55-57.

Матвеев В.Ф., Бардштейн Л.М., Курашов А.С. Алкоголизация и патологическое формирование личности подростков ..... 58-61.

Мельникова Т.С., Кривенков А.Н. Исследование электроэнцефалограмм больных алкоголизмом с заболеванием сформировавшемся в юношеском возрасте ..... 62-66.

Мирошниченко Л.Д., Творогова Н.А., Ураков И.Г. Особенности динамики женского алкоголизма в г.Москве в 1976-1981 гг.... 67-69.

Найденова Н.Г. К вопросу о клинике подросткового алкоголизма ..... 70-74.

Нижниченко Т.И. Личностные особенности больных, перенесших алкогольные психозы в молодом возрасте ..... 75-78.

Никитин Ю.И., Герасимов Н.П., Кривонос З.Г., Фарнасова И.В. Опыт применения центральной электроанальгезии в комплексном лечении больных алкоголизмом женщин ..... 79-81.

Нижниченко Т.И. Формы потребления алкоголя у больных алкоголизмом в молодом возрасте ..... 82-85.

Полубояринов А.А., Шосталь С.А. Иглорефлексотерапия больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста ..... 86-88.

Попова М.С., Волгин В.Я. Факторы, обусловливающие употребление спиртных напитков в подростково-юношеском возрасте... 89-92

Пятницкая И.Н. Клиника подросткового алкоголизма и ее социальные следствия ..... 93-96.

Пятов М.Д. Сравнительная оценка клиники алкоголизма у подростков и юношей ..... 97-100.

Рохлина М.Л. Клиника осложненных форм алкоголизма у лиц молодого возраста ..... 101-103.

Скворцова Е.С. Влияние различных неблагоприятных факторов семьи на развитие интенсивной алкоголизации у подростков .....104-107.

Смирнов В.К. Роль преморбидных личностных особенностей в формировании алкоголизма у подростков ..... 108-110.

Соколова Е.П. Рецидивы алкогольных психозов у женщин .... 111-113.

Пятов М.Д., Кривенков А.Н., Чудновский В.А., Мельникова Т.С. Клинико-электроэнцефалографическое исследование больных алкоголизмом молодого возраста ..... 114-117.

Софроньева Н.М. О прогностическом значении факторов, способствующих развитию алкоголизма в юношеском возрасте..118-121.

Стрельчук И.В. О клинике и дифференцированном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом ..... 122-125.

Творогова Н.А., Мирошниченко Л.Д., Ураков И.Г. Некоторые характеристики больных алкоголизмом, впервые взятых на диспансерный учет в возрасте 15-24 лет в 1976 и 1981 гг. наркологическими учреждениями г.Москвы..... 126-128.

Фарнасова И.В., Никитин Ю.И. Клиника ремиссии у женщин, больных алкоголизмом ..... 129-131.

Фрагин В.М. Исследование преклинических проявлений алкоголизма в подростковом возрасте ..... 132-134.

Целибеев Б.А., Ланда А.Н. Влияние социальных и психологических факторов на формирование и течение алкоголизма у несовершеннолетних ..... 135-137.

Цетлин М.Г., Корчагин С.В., Яздовская С.В. Методы психотерапевтической коррекции личностных особенностей больных алкоголизмом в юношеском возрасте ..... I38-I40.

Чугунов В.С., Васильев В.Н., Еремеев М.С., Дербенева Л.М. Особенности гипоталамического синдрома алкогольного генеза по данным изучения симпато-адреналовой системы ... I4I-I44.

Энтин Г.М., Дроздов Э.С., Лавренева П.Н. Лечение больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста в условиях наркологического стационара при промышленном предприятии ..... I45-I48.

Чудновский В.А. Исследование клиники алкоголизма, сформировавшегося у юношей в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы ..... I49-I5I.

Энтин Г.М., Пахтер А.С., Яценко Л.Т.Особенности формирования алкоголизма у подростков от родителей-алкоголиков.. I52-I55.

Петушков Е.Р. Особенности формирования традиций употребления алкоголя ..... I56-I59.

Генин П.Р., Зыков О.В. Применение рефлексотерапии с целью повышения трудоспособности у больных хронической алкогольной болезнью с выраженными аффективными нарушениями ..... I60-I63.

Еникеева Д.Д. Типы течения малопрогредиентного варианта алкоголизма..... I64-I66.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ В СОЧЕТАНИИ С НЕЙРОЛЕПТИКАМИ И ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ

Альтшулер В Б. Анучин В.В. Тресков В.Г.

Часто встречающиеся в клинике хронического алкоголизма у женщин аффективные нарушения (напряжённость, тревога, депрессия и др), если они не связаны с абстинентным синдромом, обычно относятся к частичным либо вторичным проявлениям патологического влечения к алкоголю, хотя в субъективных оценках самих больных они выдвигаются на передний план Тем не менее, сами по себе они требуют применения соответствующих лечебных мероприятий, в частности, транквилизаторов

В то же время имеются данные, указывающие на отрицательные черты психотропного действия транквилизаторов на больных алкоголизмом Так, при сопоставлении клинического эффекта применения малых транквилизаторов (элениум и валиум) и Нейролептиков (промазин) с целью прекращения запоя и нормализации состояния у больных алкоголизмом пришли к выводу, что малые транквилизаторы обладают существенным недостатком - они вызывают спутанность, сонливость, атаксию, т е. действуют опьяняюще и препятствуют серьёзному и сознательному участию больного в лечебном процессе. дал отрицательную оценку транквилизаторам как средствам лечения хронического алкоголизма Они, по его мнению, в большинстве случаев не эффективны и к тому же опасны развитием привыкания к ним.

Очевидно, необходимо наряду с использованием положительных сторон действия транквилизаторов устранить их опьяняющий эффект и добиться, наоборот, повышения психического тонуса. Это может быть достигнуто путём комбинирования транквилизаторов с препаратами стимулирующего действия.

Одним из наиболее активных психостимуляторов, недавно введённым в лечебную практику, является сиднокарб Судя по литературным данным, сиднокарб выгодно отличается от стимуляторов типа амфетамина более плавным и длительным лечебным эффектом, отсутствием побочных адренэргических эффектов (повышение АД и др), а также отсутствием привыкания и пристрастия к препарату

Изложенное явилось основанием для попытки применять с целью болезненного влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголиз-

мом женщин различные комбинации сиднокарба с одним из транквилизаторов - феназепамомм, а также с нейролептическим препаратом этаперазином Всего было подвергнуто обследованию I4I женщина, страдающая хроническим алкоголизмом 2-й стадии в периоде абстиненции (35 чел.) и по его миновании (I06 чел).

Группе больных в 4I чел назначался феназепам - по I мг 2 раза в день, утрои и вечером, в сочетании с сиднокарбом (I0 мг утром и 5 мг днём) Лечение начиналось с приёма I мг феназепама вечером; при этом у части больных через 30-40 минут возникали атаксия, смазанность речи, годовокружение, эйфория. После начала приёма сиднокарба со следующего дня эти сходные с состоянием опьянения явления постепенно (к 3-4 дню) исчезали. К концу первой недели лечения практически у всех больных улучшалось настроение и самочувствие, возникало чувство бодрости, исчезали напряжённость, раздражительность, колебания настроения; особенно быстро удавалось купировать состояние алкогольной абстиненции. Наблюдалось ослабление патологического влечения к алкоголю, которое выражалось в отсутствии желания употреблять спиртное, что было связано, однако, лишь с общим улучшением самочувствия; полноценной критики к болезни, серьёзных и продуманных трехвенниических планов не отмечалось

Больной 2-й группы 40 чел. - получали сиднокарб в той же дозе, а феназепам (I мг) - лишь один раз в день вечером.

Терапевтический эффект данной лекаерственной комбинации существенно не отличался от того, который наблюдался у больных первой группы (улучшение самочувствия, повышение настроения, нормализация поведения, хороший сон, работоспособность и т.д.). Данный фактор позволяет предположить, что однократный приём I мг феназепама в день оказывает достаточноелечебное действие - как по силе, так и по длительности

В 3-й группе (30 чел.) больные получали этаперазин в дозе I0-40 мг в сутки (в два приёма, утром и вечером) в сочетании с сиднокарбом (I0 мг утром и 5 мг днём), в 4-й группе (30 чел.) - только этаперазин. У этих больных на 3-5 день лечения так или иначе проявлялось известное политературным данным подавляющее действие этаперазина на патологическое влечение к алкоголю В отличие от предыдущих двух групп, больные принимавшие этаперазин. более серьёзно, с озабоченностью, относились к своему положению и к будущему, высказывали мысли о недопустимости возврата к употреблению алкоголя. страшились этого При этом обнаруживалась способность больных критически осознавать болезненный характер тяги к алкоголю, понимать необходимость бороться с тягой, более полными и предметными были

субъективные описания влечения к алкоголю По сравнению с больными, получавшими феназепам, у больных, принимавших этаперазин, не отмечалось столь явного повышения настроения, несмотря на то, что у них отмечалось общее самочувствие.

Больные, которые одновременно с этаперазином принимали сиднокарб, как правило, отмечали у себя чувство бодрости; нередко встречавшиеся жалобы больных, принимавших только этаперазин, на сонливость, вялость, снижение работоспособности в данной группе отсутствовали, больные в целом более положительно воспринимали этот вариант лечения

Таким образом, в результате сочетанного применения феназепама с сиднокарбом в первую очередь наступают быстрое улучшение самочувствия и повышение настроения больных, углубление сна, устранение напряжённости, эмоциональной неустойчивости, нормализация поведения, некоторое снижение интенсивности тяги к алкоголю Положительное отношение больных к лечению, по-видимому, связано не столько с повышением уровня критики к болезни, сколько с непосредственным улучшением самочувствия и настроения в процессе лечения Включение в лекарственную комбинацию психостимуляторов устраняет опьяняющее действие феназепама, наблюдавшееся у части больных Установлено купирующее действие этого сочетания медикаментов на абстинентную симптоматику

Лечение этаперазином обеспечивает более высокий уровень критики и более эффективное подавление патологического влечения к алкоголю.

Проведённое исследование показало, что при лечении больных алкоголизмом женщин, в особенности для подавления у них патологического влечения к алкоголю, целесообразно комбинировать некоторые нейролептические препараты и транквилизаторы с психостимуляторами. Комбинацию феназепама с сиднокарбом можно рекомендовать в тех случаях, когда болезненное влечение к алкоголю сопровождается выраженными депрессивными, дисфорическими, вегетативно-невротическими расстройствами, а также при наличии абстинентных явлений Комбинация этаперазина с сиднокарбом способствует коррекции возможных отрицательных сторон психотропного действия этаперазина и сохранению во время лечения высокого психического тонуса у больных.

МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Бехтель Э.Е.

Алкогольная потребность у подростков возникает по мере развития алкогольной привычки по механизму "сдвига мотива на цель", становясь из условия самостоятельным мотивом поведения. Одним из основных факторов, свидетельствующих о возникновении алкогольной потребности, является появление симптома насыщения - удовлетворение алкогольной потребности в ходе эксцесса, приводящие к прекращению дальнейшего приёма спиртных напитков

Алкогольная потребность на ранних этапах формирования алкогольной привычки является второстепенной, дополнительной и не влияет на структуру личности; прямо или косвенно связана с другой, более общей и более важной для личности потребностью, облегчая реализацию последней; не носит патологический характер; может быть удовлетворена в рамках социального приемлемого поведения

Развитие алкогольной привычки у подростков, приводящий к усилению алкогольной потребности, есть процесс изменения взаимоотношений между второстепеннной и основной потребностью Он может быть представлен следующим образом.

С каждым новым приёмом спиртных напитков сцепление алкогольной потребности с другой становится более чётким, облигатным. Если в начале удовлетворение более общей потребности могло сопровождаться приёмом спиртных напитков, а могло и нет, то в последующем приём спиртного становится обязательным условием удовлетворения этой потребности. Деятельность по удовлетворению алкогольной потребности на этом этапе носит опосредованный характер и реализуется при удовлетворении потребности - носителя (приеём алкоголя при общении с друзьями, перед свиданием с девушкой и т д).

Повторение сочетания удовлетворения основной потребности с приёмом алкоголя способствует укреплению связи, делает невозможным её реализации вне этого условия С другой стороны, рост эйфоризирующего действия спиртных напитков приводит к изменению соотношения условия и цели Если раньше приём алкоголя усиливал положительные эмоции, получаемые от реализации основной потребности, способствовал её более полному удовлетворению, то в последующем эйфоризирующее действие алкоголя становится доминирующим и начинает вытеснять основную потребность, стирать её Ведущая и дополнительная потреб-

ность меняются местами. Это приводит к тому, что деятельность по удовлетворению основной потребности уже используется как повод для приёма алкоголя (встречи с друзьями, которые исчерпываются выпивкой) В дальнейшем основная потребность полностью редуцируется. Деятельность по реализации алкогольного эксцесса при этом упрощается и теряет опосредованный характер.

В последующем алкогольная потребность может менять "маску", присоединяясь к другой потребности. Так, если приём алкоголя вначале осуществляется подростком для удовлетворения потребности в самореализации, самоутверждении, то с угасанием актуальности этих мотивов приём алкоголя может становится условием удовлетворения потребности в общении, постепенно её вытесняя

В дальнейшем алкогольная потребность может присоединяться к другим основным потребностям личности. Эволюция при этом сохраняет свою закономерность, а темп её нарастает.

Алкогольная потребность на этом этапе выступает уже не как дополнительная, а так конкурирующая (конкурирующая с основными потребностями личности) Алкогольная потребность конкурирующего типа, наблюдаемая у подростков при бытовом пьянстве, не является патологическим образованием, поскольку основная структура личности при этом остаётся сохранной. Однако, некоторая деформация личности на этом этапе уже наблюдается Она заключается в изменении ценностных ориентаций, характерных для личности установок, изменении направленности деятельности

Клинической проекцией алкогольной потребности конкурирующего типа является периодическое появление влечения к алкоголю в форме желательности опьянения При сохранности критики желание выпить может без труда подавляться, оставляя лёгкое чувство неудовлетворённости В ряде случаев подавление оказывается несовершенным и желание возвращается, приобретая навязчивый характер

В дальнейшем продолжающийся приём спиртных напитков приводит к тому, что ведущие потребности личности, составляющие её основу, её ядро, разрушаются Алкогольная потребность становится единственной доминирующей потребностью личности, а добывание спиртного - единственным смыслобразующим мотивом деятельности. Доминирующая алкогольная потребность является патологической потребностью и свидетельствует уже о возникновении заболевания.

Таким образом, механизм возникновения алкогольной потребности достаточно универсален В своём развитии потребность в алкоголе проходит три этапа: этапы дополнительной, конкурирующей и доминирующей потребности, определяя качественные различия бытового пьян-

ства и хронического алкоголизма

Темп формирования привычки, а затем болезни, прогредиентность процесса тесно связаны с особенностями личностной структуры подростка.

У личности с чётко выраженной структурой потребностей и мотивов, их достаточной интенсивностью (сильная личность) алкогольная потребность пробивает себе дорогу с большим трудом Выраженные социально-позитивные потребности долго сохраняют характер основных, не стираясь алкогольными Алкогольная потребность в этом случае, развиваясь до определённого, часто достаточно высокого уровня, долгое время, иногда всю жизнь, сохраняет дополнительный или конкурирующий характер. Она не затушивает основные потребности личности и не приводит к её деформации

Другой крайний вариант - аморфная личность, не имеющая чётких социально-позитивных установок, выраженных потребностей.

Возникновение алкогольной потребности для такой личности является катастрофой Потребность в алкоголе быстро подавляет имеющиеся слабые и малодифференцированные потребности, сразу становясь доминирующей Такие лица очень быстро спиваются ещё в юношеском возрасте.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТАК НАЗЫВАЕМОГО "БЫТОВОГО ПЬЯНСТВА" У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Вандыш В.В.

В ряде случаев у несовершеннолетних, поступающих на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, выявляется склонность к злоупотреблению алкоголем, а в ряде случаев - признаки начального алкоголизма.

Существующее отношению к алкоголизации подростков принципиально отличается от такового у взрослых В настоящее время это в большой мере касается правовой стороны проблемы Так, даже отдельные случаи алкоголизации подростков рассматриваются как проявления девиантного поведения (Гурьева В А Гиндикин В Я I980; Личко А Е I979 и др), пребывание несовершеннолетних в состоянии опьянения в общественных местах влечёт за собой административные санкции, употребление спиртного может быть одной из причин профилактического наблюдения в ИДН и др В подростковой же наркологии по существу отсутствует адекватное смысловое обозначение массивной алкоголизации подростков вне рамок алкогольной болезни Употребляемые в настоящее время термины "бытовое злоупотребление алкоголем" и сходные с ним, по нашему мнению носят условный характер Более того, можно говорить, что эти понятия теряют смысл, когда речь идёт о несовершеннолетних, так как не может быть какого-либо "умеренного" употребления спиртных напитков подростками Указанный вопрос безусловно имеет принципиальный характер и нуждается в дальнейшем изучении

Особое правовое положение подростков, профилактическая направленность работ по алкоголизму несовершеннолетних, крайне отрицательные социальные и медицинские последствия ранней алкоголизации (Злотников И.Л , I97I; Лисицин Ю.П , Копыт Н Я , I978; I978 и др) диктуют целесообразность изучения не только особенностей становления алкоголизма на ранних этапах, но и роли бытового злоупотребления алкоголем как периода, непосредственно предшествующего алкогольной болезни

Нами было проведено клинико-катамнестическое изучение 85 испытуемых (подростки и лица молодого возраста - до 25 лет) с психоподобными расстройствами раннегорезидуально-органического генеза, находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в институте им В П Сербского У 42 испытуемых в подростковом возрас-

имела место склонность к злоупотреблению алкоголем в рамках т.н. "бытового пьянства", у 43 - признаки начальногоо алкоголизма В качестве основного дифференциального критерия был использован признак появления у лиц, страдающих алкоголизмом, патологического влечения к алкоголю (Стрельчук И В I973; А.К Качаев с соавт , I976 и др) Бытовое злоупотребление алкоголем характеризовалось систематическим (не реже 2-3 раз в неделю по Литвинову П.Н., I967) употреблением спиртных напитков при отсутствии патологического влечения к спиртному.

Результаты исследования показали, что в значительной части наблюдений отграничение алкоголизма от бытового злоупотребления алкоголем было затруднено. Это обусловливолось как атипичностью клиники начального алкоголизма, так и характером употребления спиртных напитков уже на начальных этапах пьянства. Обращал на себя внимание тот факт, что бытовое злоупотребление алкоголем, как правило, по внешним признакам напоминало клинику сформировавшегося алкоголизма. Это проявлялось в тенденции к массивной алкоголизации, частоте алкогольных эксцессов, употреблении крепких спиртных напитков, нередко суррогатов алкоголя, в амнестических формах опьянения, нарушенном поведении в состоянии опьянения, "опохмелении по совету" и др Подобная специфика алкоголизирования обусловливаслась возрастными и личностными особенностями наблюдаемых подростков, особенностями отрицательных микросоциальных воздействий.

Сочетание склонности к подражательности с повышенным стремлением к самоутверждению (Лукомский И И. I97I), в условиях отрицательных микросредовых влияний, способствовало смещению личностных ориентаций, асоциальной направленности интересов, в том числе и установкам на массивное алкоголизирование. Оценивая роль выявленной патологии, следует отметить, что значительными в этом отношении оказались выраженность волевых и аффективных нарушений, расстройств влечений.

Таким образом, можно говорить об особой уязвимости подростков с ранней резидуально-органической недостаточностью в период пубертатного криза в плане формирования у них склонности к злоупотреблению алкоголем Роль микросредовых влияний на этом этапе неизмеримо возрастает При этом, как показали наблюдения, все большее значение начинают приобретать микросредовые воздействия ближайшего окружения сверстников В силу отмеченных общевозрастных особенностей психики подростков (притязание на самостоятельность, критицизм в адрес взрослых, стремление отмежеваться от детскости) воспитатели, родители становятся всё менее авторитетными для них. И, наобо-

рот, наглядный пример непосредственного окружения сверстников, особенно в условиях устойчивых групп с бытующими формами асоциального поведения все в большей мере способствует закреплению склонности к употреблению спиртных напитков, к массивному алкоголизированию как способу утрированного самоутверждения в среде сверстников.

Не останавливаясь в настоящем сообщении на клинике начального алкоголизма, отметим лишь тот факт, что массивное алкоголизирование в рамках бытового пьянства у изучаемых подростков способствовало ускорению становления начальной симптоматики алкоголизма, что совпадает с данными ряда авторов (Г.В Морозов, Качаев А.К., I97I; Ураков И.Г с соавт., I970 и др.). Фактор массивной алкоголизации определял и неблагоприятную динамику основного заболевания, что проявлялось как в усилении имеющейся патологии, в первую очередь, аффективной и волевой, так и в выявлении склонности к разного рода временным состояниям ухудшения (декомпенсации, фазы. реакции) Касаясь особенностей судебно-психиатрической оценки последних, следует подчеркнуть, что в их генезе массивная алкоголизация имела определяющее значение как в силу чисто токсического характера, так и в силу совокупности связанных с ней различных неблагоприятных последствий (повторные травмы головы в состоянии опьянения, соматическая ослабленность психотравмирующие моменты и проч.). Малооправданным, как показали результаты работы, представляется стремление к разграничению этих расстройств с постинтоксикационными нарушениями алкогольного генеза, и тем более, приравнивание их к обычным формам девиантного поведения Более существенной оказывается оценка характера этих нарушений - частота, выраженность, влияние на степень адаптации, т е показатели глубины нарушений. Основное значение в этих случаях приобретает выявление своеобразного "порочного круга", поддерживающего как склонность к злоупотреблению алкоголем, так и неблагоприятную динамику основного страдания

И, наконец, присоединение склонности к злоупотреблению алкоголем в пубертатном периоде определяет и специфическую деформацию личности подростков в социальном плане с совокупностью определённых нравственных, этических взглядов по вопросам потребления алкоголя ("алкогольная личность до болезни" - Нелидов А Л I979), нарастание их социальной запущенности

Таким образом, последствия т.н "бытового пьянства" в период пубертатного криза оказываются не менее пагубными, нежели последствия сформировавшегося алкоголизма, особенно у лиц с изначальной личностной патологией, нарушениями соматоэндокринного и психологического созревания. Это диктует необходимость проведения своевре-

менных активных медико-профилактических мероприятий с тщательным анализом роли алкоголя в динамике основного страдания, механизмов фиксации склонности к спиртным напиткам, а в ряде случаев - и специфического медицинского воздействия (не обязательно биологического) в рамках "бытового пьянства" подростков.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Демидов А.Ю.

Известно,что соотношение полов при хроническом алкоголизме резко сдвинуто в сторону преобладания мужчин (Портнов А.А.,Пятницкая И.Н.,I973;Стрельчук И.В.,I973;Демидов А.Ю.,I980 и др.). Высказывались различные гипотезы,объясняющие это явление (Варелла А.,I969;Дяченко С.С.с соавт.,I974;Демидов А.Ю.с соавт.,I977, I978 и др.).

Задачей настоящего исследования было изучение влияния пола на риск возникновения алкоголизма и на особенности его клинических проявлений.

Изучено соотношение полов среди 73I2 больных алкоголизмом, состоящих на учёте в наркологическом диспансере,среди которых было 5774 больных с непсихотическими формами заболевания и I538 больных,перенесших различные алкогольные психозы. Кроме того, клинико-генеалогическим методом обследовано 426 семей пробандов-алкоголиков (346 мужчин и 82 женщины). Изучался уровень семейной отягощенности алкоголизмом,алкогольными и эндогенными психозами. Клинически изучалась динамика психопатологических синдромов,скорость их смены,динамика формирования разных стадий алкоголизма. Стадии алкогольной болезни оценивались по принятой у нас в стране классификации.

При психологическом исследовании использовались следующие методики: MMPI,методика Анфимова,Ревиша в модификации Крушинского, Айзенка.

Материалы обрабатывались при помощи методов вариационной статистики. Результаты считались значимыми на уровне 5% ошибки.

Как показало проведённое исследование,среди больных хроническим (непсихотическим) алкоголизмом соотношение полов составляет 7,9 о I ♀ на 2563I больных мужчин приходится 3243 женщины. Аналогичная картина наблюдается среди больных,перенёсших алкогольные психозы. На I386 лиц мужского пола приходится I52 женщины, что составляет 9,I о I ♀. Выявленное соотношение полов среди больных алкоголизмом резко отличается от соответствующего распределения в общей популяции,которое составляет I05 о I00 ♀ ($P < 0,0001$). Клинико-статистический анализ семей позволил установить высокий уровень отягощённости алкоголизмом близких родственников, изученных больных.

Таблица I.

Частота алкоголизма в семьях пробандов мужского и женского пола, страдающих алкоголизмом

Группа родственников	мужчины (346 семей)		женщины (82 семьи)		P
	к-во обследуемых	частота алкоголизма %	к-во обследуемых	частота алкоголизма %	
Отцы	I78	27,52 ± 3,3%	60	40,0 ± 6,3%	0,3
Матери	240	8,75 ± I,3%	7I	I4.08 ± 4,I%	0,3
Сёстры	464	5,60 ± I,I%	I02	I2,75 ± 3,3%	0,05
Братья	420	I2,85 ± I,6%	I08	I8,52 ± 3,7%	0,I
Дочери	I25	2,40 ± I,3%	4I	7,3I ± 4,I%	0,I
Сыновья	I29	2,32 ± I,3%	39	7,69 ± 4,2%	0,05
Всего	I556	I0,02 ± 0,75%	42I	I7,34 ± I,8%	0,0I

Как видно из представленной таблицы, суммарный уровень отягощённости алкоголизмом, установленный для всех родственников I степени родства, достоверно выше среди пробандов-женщин, чем среди пробандов-мужчин (p 0,0I).

В разных группах родственников различия достигают статистической значимости только среди сестёр и сыновей (p 0,05). Среди остальных родственников различия были статистически недостоверны, хотя имелась тенденция к более высокой отягощённости в семьях пробандов-женщин.

Генеалогический анализ с применением маркеров Х-хромосомы (дефектов цветового зрения - ДЦЗ) не выявил значимых отличий среди родственников - носителей ДЦЗ по сравнению с другими родственниками.

Дальнейший анализ позволил установить высокий уровень отягощённости родственников больных различными нервно-психическими заболеваниями.

Таблица 2.

Частота нервно-психических заболеваний в семьях пробандов мужского и женского пола, страдающих алкоголизмом

Вид патологии	родственники мужчин I556=I00%		родственники женщин 42I=I00%		P
	к-во больных	%	к-во больных	%	
шизофрения	39	2,52 ± 0,I%	I6	3,80 ± 0,3	0,I
эпилепсия	6	0,38 ± 0,I%	2	0,43 ± 0,3	0,I
МДП и циклотмия	5	0,32 ± 0,I%	5	I,I9 ± 0,5	0,05
реактивные депрессии	79	5,I ± 0,55%	43	I0,2I ± I,5	0,0I

Обращает на себя внимание высокий уровень отягощённости нервно-психическими заболеваниями близких родственников больных, в частности, отягощённости шизофренией, частота которой значительно превосходит распространённость этого заболевания в популяции (P 0,00I).

Из таблицы видно, что имеется определённая тенденция к более высокой наследственной отягощённости различными нервно-психическими заболеваниями женщин, страдающих алкоголизмом, по сравнению с мужчинами. Особенно чётко эта закономерность проявляется в частоте реактивных депрессий. Наши данные согласуются с результатами исследований других авторов (I95I; и др.).

Клиническое изучение больных позволяет установить определённую зависимость между видами отягощённости семей и клиническим полиморфизмом фенотипических проявлений болезни. Так, в семьях, отягощённых шизофренией, МДП и циклотимией, чаще, чем в других семьях, встречались у родственников стойкие депрессивные нарушения. В ряде случаев депрессия являлась весьма значимыми факторами в развитии алкоголизма. Депрессии у этих больных по клинической характеристике приближались к эндогенным, имели определённую цикличность, с акцентом тяжести клинических проявлений в утренние часы. Алкоголь эти больные принимали как антидепрессант. Нередко запои у них носили циклический характер.

Психологическое исследование по методике ММРI, проведённое на

I5-й день лишения алкоголя, показало, что депрессивные расстройства у женщин встречались в 2,5 раза чаще, чем у мужчин.

При исследовании тестом Анфимова, который выявляет устойчивость книмания, отмечалось пониженное внимание и продуктивность в эксперименте с несколько большей частотой встречаемости и выраженности у лиц мужского пола.

Экспериментально-психологический тест Ревиша в модификации Крушинского Л В , выявляющий экстраполяцию мышления, позволил установить, что среди больных алкоголизмом частота решающих психологическую задачу составляла 25%, среди контрольной группы (200 здоровых обследуемых) - 50%, при P 0,0I. Значимых различий по полу найдено не было

По методике Айзенко был выявлен высокий уровень импульсивности.

Выявленные психологические находки имеют определённое отражение в клинике В частности, у больных алкоголизмом наблюдаются необдуманность импульсивных поступков, которые нередко воплощаются в различные девиантные формы поведения.

Установлено, что сроки формирования алкоголизма и скорость смены синдромов находятся в чёткой зависимости от пола. Женщины обладают более стабильными показателями, и формирование болезни у них происходит медленнее. Это находит своё отражение в динамике толерантности к алкоголю, скорости развития болезни от начала злоупотребления. Таким образом, пол является фактором, влияющим не только на риск возникновения болезни, но и на особенности его клинического полиморфизма.

ПРЕКЛИНИЧЕСКИЕ И НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Анучин В.В , Альтшулер В.Б., Власова И.Б., Тимошенко В.З.

Начальный период алкоголизма у женщин маскируется различными ситуационными, личностными, аффективными и другими сдвигами, что требует специального клинического изучения этого периода.

Как указывает Морозов Г.В. этап учащения и систематизации алкогольных эксцессов сам по себе является периодом начала становления хронического алкоголизма, однако "лишь формирование патологического влечения, утрата количественного контроля и рост толерантности в своей совокупности делают возможным объективное диагностирование перерастания бытового привычного пьянства в начальную стадию болезни - хронический алкоголизм". По мнению Стрельчука И.В. раннее начало употребления алкоголя женщинами - прямое следствие этических и эстетических дефектов в воспитании.

Возраст возникновения начальных проявлений хронического алкоголизма у женщин весьма различен по данным разных авторов. Морозов Г.В. и Качаев А.К. нашли, что у 29,3% больных алкоголизмом женщин систематическая интоксикация алкоголем началась в возрасте от 15 до 23 лет, а у 82,3% - до 30 лет Короленко Ц.П. с соавторами, обследовав свыше 3000 употребляющих алкоголь подростков, обнаружили, что наибольший процент употребляющих спиртное девушек приходится на возраст 15-16 лет, а юношей - 17-18 лет. С другой стороны, Портнов А.А., Пятницкая И.Н. преобладающим возрастом начала алкоголизма у женщин называют возраст обратного развития, "возраст увядания".

Становление и развитие преклинических и начальных клинических проявлений алкоголизма у женщин различного возраста находит отражение лишь в одиночных публикациях. В частности. Морозов Г.В. указывает на нередкое сочетание неблагоприятных средовых, чаще профессиональных,факторов с измененным "психическим фоном" и психогенными травмами. Среди больных алкоголизмом женщин много истеричных, сензитивно-шизоидных, циклоидно-синтонных, со склонностью к реактивным или аутохтонным расстройствам настроения, что повышает роль эндогенности уже на ранних этапах алкоголизма. В начале заболевания первичное влечение у них не столь выражено, как у мужчин; утрата контроля наступает позже.

Нами изучены 146 женщин с I-й стадией хронического алкоголиз-

ма (классификация Стрельчука И.В.) и 24 больных подросткового возраста, стационаированных в психиатрическую больницу в связи с девиантным поведением, у которых имело место бытовое пьянство. Таким образом, весь контингент исследования составили 170 человек. Все больные были разделены на 2 возрастные группы: до 25 лет (112чел.) и от 26 до 45 лет (58 чел.).

Учитывая возрастные психофизиологические особенности, весь контингент I-й группы (112 больных в возрасте до 25 лет) в свою очередь был подразделен на 3 подгруппы: I - подростки от 14 до 17 лет (35 чел.), II - девушки 18-21 лет (30 чел.) и III - взрослые 22-25 лет (47 чел.). У 24 из 35 больных I-й подгруппы установлено наличие преклинических признаков алкоголизма; у II больных этой подгруппы и у всех больных II-й и III-й подгрупп диагностирована I-я стадия хронического алкоголизма.

Преклинические проявления алкоголизма изучались как непосредственно, путём клинического исследования пациенток подросткового возраста с бытовым пьянством, так и с помощью анамнестических данных, полученных от самих больных и от их близких.

Первые алкогольные эксцессы в группе подростков и девушек 18-21 лет (I и 2 подгруппы) совершались, как правило, под влиянием сверстников, "дворовой компании". В 21% случаев это происходило в возрасте 11-13 лет, в 68% - в 14-15 лет. Низкий уровень духовных запросов, конфликтная ситуация в семье, безнадзорность способствовали тому, что эпизодическое употребление спиртных напитков в 45% случаев к 15-16 годам и в 77% случаев к 17 годам перерастало в систематическое пьянство. Среди больных III возрастной подгруппы (22-25 лет) можно было выделить иные причины начала систематического употребления алкоголя: в 37% - это злоупотребление алкоголем мужа, в 17% - работа в "пьющем коллективе", в 13,3% - психогении (смерть близких, измены мужа, проживание в трудных жилищно-бытовых условиях. У подростков за период систематического пьянства, который составлял 1-2 года в 62% и 3-5 лет в 15% наблюдений, толерантность возросла в 2-10 раз по сравнению с началом систематического употребления алкоголя и колебалась в пределах от 0,7 до 3,0 л креплёного вина. У взрослых женщин толерантность возросла в 2-3 раза у 31% обследованных, в 4-5 раз - у 25%, в 8-10 раз - у 20%. Кроме того, рост толерантности проявлялся переходом к употреблению более крепких спиртных напитков; это наблюдалось соответственно по группам в 31,6%, 20%, 36,6% наблюдений.

Снижение количественного контроля отмечалось в 68% случаев среди несовершеннолетних, в 75% - среди девушек 18-21 лет, в 43%

случаев среди взрослых женщин. Кроме того, у взрослых женщин в 48% имела место утрата количественного контроля.

Психический статус больных подростковой группы характеризовался чаще всего психопатоподобными расстройствами - у 31 из 35 больных, что составляет 88,5%. Отмечались пассивность и внушаемость (12 человек), лживость, склонность к фантазированию (10 человек), замкнутость, обидчивость (5 человек), раздражительность, конфликтность, развязность, грубость (4 человека). Общим для всех подростков было некритическое отношение к своему поведению, упрямое стремление к независимости, неприязнь к поучениям и т.п.

Во П подгруппе, которая состояла из больных алкоголизмом I стадии в возрасте от 18 до 21 года, клиническая картика так или иначе отражала наличие болезненного влечения к алкоголю, которое влияло на формирование их жизненных позиций, хотя и осознавалось самими больными. Структуры личности у большинства больных этой подгруппы так же, как и предыдущей, содержала ряд психопатических черт, однако имелись и некоторые отличия. Пассивность и внушаемость встречались реже (всего у 6 больных), больше было конфликтных, развязных, упрямых, не соблюдающих требования режима, с оппозиционными настроениями (11 чел.).

В Ш возрастной группе статус больных в значительной мере определялся взаимодействием патологического влечения к алкоголю и различных ситуационных факторов (отношения в семье; на работе , житейские невзгоды и т.п.). С этим было связано наличие невротических реакций, колебаний настроения, реактивных наслоений. При этом практически во всех случаях можно было отметить отсутствие критики к пьянству, нжелание признать существование этой проблемы, склонность извращать факты, оправдывать себя и т.п.

У женщин в возрасте от 26 до 45 лет вслед за началом злоупотребления алкоголем (систематическое пьянство) сравнительно быстро стали выявляться признаки болезненного влечения к алкоголю: через 6 месяцев - у 12 больных, через 7-12 месяцев - у 20 больных, через 1,5 года - у 13 больных, через 2-3 года - у 7 больных, через 4-5 лет - у 6 больных. Указанные факты свидетельствуют о стремительном формировании хронического алкоголизма.

Клиническая картина хронического алкоголизма в данной группе больных определялась в первую очередь наличием и выраженностью болезненного влечения к алкоголю, а также появлением конкурирующих мотивов (угроза распада семьи, чувство ответственности, угрызения совести и т.п.) и различных психотравмирующих обстоятельств. Разные соотношения этих факторов обусловили существование нескольких вари-

антов психического статуса больных: психопатоподобного (32 больных) неврозоподобного (6 больных), астено-депрессивного (9 больных).

Таким образом, уже на начальной стадии алкоголизма у женщин возникшее патологическое влечение к алкоголю является мощным фактором формирования личносных изменений, что в определённой мере приводит к нивелированию преморбидных особенностей личности, характерных для преклинической стадии алкоголизма. Эта картина дополняется реактивными и невротическими наслоениями.

О НОВЫХ ФОРМАХ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Дроздов Э.С.

Формы организации лечения больных алкоголизмом во многом определяют построение лечебного процесса.

Новой и наиболее прогрессивной формой стационарного лечения больных алкоголизмом является создание наркологических стационаров непосредственно на промышленных предприятиях.

Наркологический стационар при промышленном предприятии, позволяющий сочетать медикаментозную терапию алкоголизма с комплексом разнообразных методов психотерапии, социотерапии с акцентом на трудотерапию, несомненно самая прогрессивная и экономически выгодная форма лечения больных алкоголизмом (Алексеев С.С., 1976, 1983, Морозов Г.В., 1978, Бабаян Э.А., 1980).

Известно, что в процессе заболевания изменяется личность больного, нарушаются трудовые установки и социальные связи. Поэтому большое значение для лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, имеет проведение не только комплексных лечебных, но и социально-реабилитационных мероприятий. Основной задачей в лечении данного контингента больных является выработка стойкого отвращения к спиртным напиткам, убеждение в необходимости сознательного отказа от употребления алкоголя, коррекция вызванных алкоголизацией специфических изменений личности, восстановление или создание новых трудовых навыков и утраченных социальных связей.

Сроки пребывания больных в наркологическом стационаре при промышленном предприятии и организация лечения соответствуют приказу МЗ СССР № 291 от 23.03.76 г. "Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных хроническим алкоголизмом" Курс лечения больного в стационаре осуществляется всеми доступными методами и расчитан на 2-4 месяца. Здесь большое значение имеет и сам факт изоляции от"алкогольной среды".

Лечение больных с тяжёлыми формами абстиненции и алкогольными психозами осуществляется в специально созданных палатах интенсивной терапии.

Длительное (до 4-х месяцев) стационарное пребывание больных определяет условия для более адэкватного выбора терапии в зависимости от клинических особенностей заболевания, что имеет особенно важное значение при лечении больных со злокачественным течением алкогольной болезни.

Дифференцированные лечебно-восстановительные программы в наркологическом стационаре при промышленном предприятии основываются на двух основных критериях алкогольной болезни - социальном, позволяющем оценивать роль средовых факторов в становлении и развитии заболевания и клиническом, оценивающем психопатологические его проявления.

В общем лечебном и реабилитационном процессе предусматриваются максимальные возможности для возвращения больного в жизнь.

Большое внимание уделяется психотерапевтическому воздействию с применением всех современных методов психотерапии коллективной и индивидуальной. Больным регулярно проводятся лекции и беседы по различным вопросам алкоголизма.

Большое внимание уделяется организации в отделениях строгого лечебно-трудового режима и распорядка дня. Учитывая большую роль воздействия коллектива на формирование личности, определённое значение придаётся общественным формам самоуправления.

Особое место в общем комплексе лечебных и социально-реабилитационных мероприятий в наркологическом стационаре при промышленном предприятии отволится участию больных в труде.

Труд, являясь лечебным фактором, имеет значение как фактор воспитательный. Он способствует перестройке патологического стереотипа личности, восстановлению утраченных трудовых навыков, социальных связей, формированию новых форм поведения.

Благодаря участию в трудовых процессах у больных хроническим алкоголизмом появляется уверенность в своих силах, чувство ответственности за порученное дело, приобретается новая специальность или восстанавливается прежняя. Большое значение в деле скорейшей социальной реабилитации имеет и то, что больные находятся в среде здорового производственного коллектива и приобретают все права и обязанности рабочих.

Следует отметить, однако, что у ряда больных в начале лечения привлечение к труду содержит элементы психологического "нажима" с подчинением существующему строгому лечебно-трудовому режиму. Это в первую очередь касается лиц со злокачественным течением хронического алкоголизма, длительное время не работавших и утративших прежние социально-трудовые связи.

Наркологический стационар в условиях промышленного предприятия имеет значение не только в плане лечения и социально-трудовой реабилитации больных алкоголизмом. При этом следует учитывать и большой экономический эффект. Так, промышленное предприятие участвует в содержании и ремонтных работах помещений лечебных отделений, оснаще-

нии их инвентарём, в расходах по эксплуатации помещений и т.д.Промышленное предприятие, используя труд больных, получает дополнительные кадры, что позволяет увеличить объём выпускаемой валовой продукции.

Перечисление в бюджет лечебного учреждения 40% от общей суммы заработка больных позволяет значительно дополнить средства, отпускаемые по госбюджету на питание больных, проведение культурных мероприятий, приобретение медицинского и хозяйственного интвентаря, благоустройство помещений и территорий.

Таким образом, наркологические отделения при промышленных предприятиях, позволяющие сочетание лечения с общественно-полезным трудом, являются новой прогрессивной формой лечения больных хроническим алкоголизмом.

К ВОПРОСУ ОБ ИНКСИКАЦИОННЫХ ПСИХОЗАХ У ПОДРОСТКОВ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Дудко Т.Н., Пузиенко В.А.

В последние годы среди наркологических больных возросла доля лиц молодого возраста, злоупотребляющих алкоголем и другими веществами, вызывающими синдром патологической зависимости. В исследованиях ряда авторов показано, что раннее начало алкоголизации и приёма психоактивных средств определяет злокачественное течение алкоголизма и токсикоманий, а также быстрое формирование неблагоприятных медико-социальных последствий этих заболеваний (Стрельчук И.В., Качаев А.К., Ураков И.Г., Пятов М.Д. и др.). Кроме того, злоупотрубление алкоголем в сочетании с приёмом психоактивных препаратов обуславливает возникновение острых психотических состояний, этиопатогенез и клиника которых остаётся недостаточно изученной.

Под нашим наблюдением в условиях специализированного наркологического отделения психиатрической больницы находилось 22 подростка, злоупотребляющих алкоголем и токсикоманическими средствами, поступивших на лечение в связи с развившимися у них интоксикационными психозами. Все исследованные больные были в возрасте от 16 до 18 лет. Первое знакомство с алкоголем у большинства из них произошло в возрасте от 13 до 15 лет. К моменту поступления в стационар у 4 подростков злоупотребление алкоголем носило эпизодический характер, у 14 - характер бытового пьянства и у 4 - была диагностирована 1-2 стадии хронического алкоголизма. Большинство изученных больных предпочитали креплёные вина, реже употребляли более крепкие спиртные напитки. Все подростки помимо злоупотребления алкоголем принимали психоактивные препараты. При этом ни у одного из них злоупотребление токсикоманическими средствами не достигало степени токсикомании.

У 11 больных употребление алкогольных напитков обычно сочеталось с приёмом психоактивных средств таких как димедрол, пипольфен, циклодол. Основными мотивами такого косбинированного злоупотребления являлось желание добиться более выраженного опьянения, а также недостаток денежных средств для покупки необходимого количества алкоголя. Жидкие лекарственные формы добавлялись в вино, а твёрдые запивались спиртными напитками.

У 8 больных, как правило, имело место попеременное злоупотребление алкоголем и психоактивными препаратами, когда периоды алкоголизации сменялись относительно кратковременными периодами ситуаци-

онно обусловленного приёма токсикоманических средств. У 3 больных приём психоактивных средств имел место обычно в алкогольном абстинентном состоянии. При этом подростки стремились ликвидировать такие неприятные ощущения, как чувство вялости, слабости, подавленности и апатии.

Первое знакомство с действием указанных психоактивных средств происходило всегда в компаниях с более "опытными" сверстниками, которые нередко определяли и необходимую дозу принимаемых препаратов. В дальнейшем при одновременном употреблении алкогольных напитков и токсикоманических средств дозы этих препаратов колебались от 3-4 таблеток димедрола или пипольфена до 4-6 таблеток седуксена или циклодола. В смешанной картине алкогольно-токсиманического опьянения наряду с обычными алкогольными симптомами были представлены грезоподобные фантазии, иллюзорное восприятие окружающего, психсенсорные расстройства, расстройства схемы тела, нарушения речевой продукции в виде аграмматизма. Дальнейший приём назначительных доз препаратов холинолитического ряда "в догонку" вызывал картину интоксикационного психоза, протекающего в виде делириозно-онейроидного синдрома, в структуре которого доминирующее место занимали сценоподобные галлюцинации, "как будто прокручивался фильм", отрешённость от окружающей действительности; аффект недоумения, реже страха. Слуховые галлюцинации как правило отсутствовали. Психомоторное возбуждение чаще возникало при устрашающих галлюцинаторных переживаниях. Продолжительность периода психотических расстройств обычно не превышала одних суток. Выход из психоза наступал после продолжительного сна. Постпсихотический период характеризовался непродолжительной и умеренно выраженной астенией, депримированностью, а также почти полной амнезией психотических расстройств.

Интоксикационные психозы у подростков принимающих токсикоманические средства без употребления алкоголя протекали с картиной онейроидных нарушений. Преобладали сценоподобные галлюцинации, ложные узнавания, психомоторное возбуждение было выражено нерезко. Длительность психотических расстройств у этих больных обычно не превышала 8-II часов, психоз заканчивался литически, по мере уменьшения интенсивности галлюцинаторных переживаний прояснялось сознание, появлялась критика к переживаемому.

Интоксикационные психозы, наблюдавшиеся у больных алкоголизмом, принимавших токсикоманические средства для купирования явлений алкогольной абстиненции возникали на фоне приёма сравнительно небольших доз препаратов с холинолитическими свойствами (5-I0 таб.). В клинической картине психоза можно было наблюдать как проявления ал-

когольного делирия так и расстройств характерных для психозов вызванных отравлением холинолитиками. В этих случаях, повидимому, дополнительная интоксикация психоактивными препаратами провоцировала психотические нарушения, присущие хроническому алкоголизму. В психопатологической картине сложного психоза наблюдались типичные для алкогольного делирия устрашающие галлюцинации, идеи преследования вторичного характера, вербальные галлюцинации с алкогольной тематикой, резко выраженный аффект страха, двигательное возбуждение. Одновременно у больных отмечались сценоподобные галлюцинации, периодическая отрешенность и "зачарованность", присущая онейроидным переживаниям, нарушения схемы тела, микро и макропсии характерные для интоксикационных психозов. Длительность этих психозов колебалась от I до 3 суток. В постпсихическом периоде отмечалась астения, вегетативные нарушения, эмоциональная неустойчивость, расстройство сна.

Таким образом, у подростков, злоупотребляющих алкоголем и психоактивными средствами, уже на преклинических стадиях заболевания возникают интоксикационные психозы при употреблении сравнительно небольших доз препаратов с холинолитическим действием, а у подростков с начальными стадиями алкогольной болезни приём токсикоманических средств вызывает смешанные алкогольно-интоксикационные психозы.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В КЛИНИКЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ СНОТВОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ У ПОДРОСТКОВ

Д.Д.Еникеева

Современная наркология давно вышла за рамки чисто клинического описания и течения болезни и использует достижения биохимии, физиологии и других параклинических наук для создания теории патогенеза лекарственной зависимости. Одним из наиболее перспективных исследований в области патогенеза алкоголизма и токсиманий на современном этапе является изучение нейромедиаторного обмена. В нейромедиаторную теорию токсикоманической зависимости большой вклад внесли отечественные учёные (Анохина И.П., 1959, 1978; Свинников С.Г., 1966, Стаценко Н.П., 1970, Портнов А.А., Пятницкая 1971, 1973, Бондаренко Т.Т. с соавт., 1979 и многие другие).

За рубежом также предпринимаются активные исследования различных аспектов нейромедиаторного обмена при алкоголизме и токсикоманиях(1972; 1974; 1974; 1978; 1980; 1981 и др.), однако во взглядах многих авторов на эту проблему нет единства. Одним из существенных недостатков подобных исследований является односторонность подхода к изучаемой проблеме: как правило, анализируется функциональное состояние лишь одного из отделов вегетативной нервной системы- или симпато-адреонадового и обмена биогенных аминов, или парасимпатического и обмена ацетилхолина. Между тем известно, что оба эти отдела вегетативной нервной системы взаимосвязаны, и изменение функциональной активности одного из них неизбежно влечёт ответную реакцию другого. Поэтому, вне сомнения, изолированное исследлвание каждого из этих отделов без учёта их реципрокного взаимодействия не может дать достаточно полного представления о патогенезе лекарственной эависимости.

Наиболее изучен нейромедиаторный обмен в состоянии абстиненции (Гофман А.Г. с соавт., 1966; Бехтель Э.Е., 1973; Вельшикаев Р.Х., 1967, 1973; 1975; Т. 1976; 1980 и др.), однако исследованиякасаются, в основном, алкоголизма и опиизма, в то время как при токсикомании снотворными препаратами и транквилизаторами активность симпатического и парасимпатического отделов мало изучена.

Одной из моделей для исследования функционального состояния вегетативной нервной ситемы может служить острое отравление, где

симптоматика нарушений этой системы представлена очень ярко. С этой целью клинически обследованы III больных, злоупотребляющих снотворными препаратами, транквилизаторами и алкоголем, госпитализированных в общесоматические, токсикологические и психиатрические стационары в связи с острым отравлением этими средствами.

В настоящее сообщение включены результаты исследования одной из групп - 39 подростков до 16 лет (30 мальчиков, 9 девочек). Из них 20 человек эпизодически злоупотребляли этими препаратами и алкоголем без признаков лекарственной зависимости от них, у 14 подростков была сформирована психическая зависимость (I стадия токсикомании): из них у 9 - только от препаратов снотворного и транквилизирующего действия, а у 5 - сочетанная психическая зависимость от алкоголя и этих средств); и 5 подростков имели физическую зависимость (II стадия заболевания): из них у 2 была монотоксикомания снотворными, а у 3 больных политоксикомания - алкоголь со снтворными или транквилизаторами. Острое отравление этими средствами или сочетанием алкоголя со снотворными возникло вследствие передозировки.

У 34 больных, эпизодически злоупотреблявших алкоголем, снотворными средствами и транквилизаторами или имевших лишь психическую зависимость, в клинической картине острого отравления превалировали симптомы, свидетельствующие о перевозбуждении парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Они включали нарушения сердечно-сосудистого тонуса (снижение артериального давления до 80/60 мм.рт. ст. с наклонностью к коллапсу, урежение пульса до 50-60 ударов в минуту) и вегетативные стигматы: бледность кожных покровов, понижение температуры тела, похолодание и влажность дистальных отделов конечностей, усиление секретерной деятельности различных желез - слюнных, слезных, потовых, бронхиальных, желез желудочно-кишечного тракта и, соответственно, гиперсаливацию, гиперпидроз, бронхорею, а также усиление желудочно-кишечной перистальтики. В состоянии тяжёлого отравления эти вегетативные нарушения наиболее отчётливы. Комплекс выраженных вегетативных знаков - тошнота, рвота, слюнотечение, слезотечение, резь в глазах, профузный пот и др.- может считаться защитной физиологической реакцией на чрезмерную токсическую дозу, направленной на сигнализацию организма об опасности для жизни. В последующих стадиях заболевания защитные знаки утрачиваются и не проявляются даже при смертельных передозировках. В динамике острого отравления описанная симптоматика перевозбуждения парасимпатического отдела сменяется симптомами, сивдетельствующими об его угнетении. На фоне гипотонии появляется тахикардия, повышается температура тела наблюдается сухость слизистых оболочек и кожных покровов, отсут-

ствие кишечной перистальтики, вплоть до пареза кишечника и др. Возможно, это объясняется реципрокным преобладанием симпатического отдела при наличии парасимпатического истощения или компенсаторными механизмами - попыткой организма собственными силами восстановить нарушенный гомеостаз, в рамках функциональной способности его систем.

У подростков с физической зависимостью в клинической картине острого отравления присутствуют симптомы возбуждения и симпатического, и парасимпатического отделов (амфотония). Этой группе больных была свойственна гиперергия нервно-мышечной системы: повышение мышечной силы и мышечной возбудимости, вплоть до парциальных судорог отдельных групп мышц, гипертонус скелетной мускулатуры, боли в мышцах и др. Но степень адренергии и холинергии во П стадии заболевания была неодинакова. В картине острого отравления преобладало симпато-адреналовое возбуждение. Оно проявлялось в артериальной гипертензии, тахикардии, мидриазе, сухости во рту и сухости кожных покровов, гиперемии лица. Адренергический характер имели и аффективные проявления - гнев, ярость, сопровождавшиеся агрессивными и разрушительными действиями. Симпатикотоническая симптоматика острого отравления не только обусловливала особенности его клинической картины у больных П стадии, но в конечном счёте определяла его прогноз. При наличии достаточной функциональной активности симпато-адреналовой системы, показателем которой может служить величина артериального давления, вероятность благоприятного исхода отравления повышалась.

Дальнейшие исследования функционального состояния обоих отделов вегетативной нервной системы (симпатического и парасимпатического) могут способствовать прогнозированию исхода острого отравления, выбору наиболее адекватной терапевтической тактики, а в целом помогут внести вклад в теорию патогенеза лекарственной зависимости.

АЛКОГОЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРИВЫЧКИ

Бехтель Э.Е.

Понятие алкогольной потребности вообще заимствовано из психологии. Клинической проекцией потребности в алкоголе является синдром зависимости, признанный ведущим синдромом заболевания. Потребность определяется как нужда в чём-то. Всякая потребность имеет свой предмет, объект, который становится побудителем, мотивом поведения ("мотив - это объект, который отвечает той или иной потребности и который в той или иной форме, отражаясь субъектом, ведёт его к деятельности").[1]

Опредмечивание потребности происходит при наличии ситуации её удовлетворения. При этом в субъекте возникает специфическое состояние направленности к совершению акта, могущего удовлетворить конкретную потребность в конкретной ситуации.[2]

В научной литературе алкогольная потребность традиционно рассматривается как неотъемлемый атрибут хронического алкоголизма, в связи с чем относится к категории патологических потребностей. Естественно, что при таком подходе алкогольная потребность вне рамок заболевания не рассматривалась.

"Очевидность" патологического характера алкогольной потребности связывается с тем фактором, что она не является жизненно необходимой. Человек может полноценно функционировать как биологическое и социальное существо вне связи с этой потребностью.

Несостоятельность подобной аргументации очевидна. Потребность в алкоголе действительно не может быть отнесена к числу потребностей, необходимых человеку. И в этом плане постановка вопроса о сущностном определении потребности в алкоголе вполне правомерна. Тем не менее только по критерию жизненной необходимости и полезности, вряд ли можно квалифицировать потребность как патологическую. Жизненно необходимым является только незначительная часть потребностей, главным образом, биологических. Подавляющее большинство потребностей, особенно чисто человеческих, таких как: потребность в труде, общении и даже культуре - возникает и развивается уже в процессе жизнедеятельности. Поэтому критерий "жизненной необходимости" не может рассматриваться как достаточный.

1. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1965.
2. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, 1961.

Фактически же очевидность патологического характера алкогольной потребности связана с тем, что при её изучении объектом исследования всегда выступал больной хроническим алкоголизмом, патологический характер потребности в алкоголе которого действительно не вызывал сомнение.

Если оперировать содержательной частью относящихся к данной проблеме понятий, то вопрос о наличии алкогольной потребности у подростков при бытовых формах пьянства должен быть решён положительно. Спиртные напитки, определяя направленность деятельности человека, его сущность, отвечают основным критериям мотива, предмета деятельности. Потребность в алкоголе, имея свой самостоятельный мотив, облегчая реализацию других, более общих потребностей, включаясь в систему целенаправленной деятельности человека, имеет формальные атрибуты потребности, вне зависимости от того, кем совершается эта деятельность - бытовым потребителем алкоголя или больным хроническим алкоголизмом. В связи с этим, алкогольная потребность должна выделяться как при хроническом алкоголизме, так и при бытовых формах пьянства.

Каков же характер алкогольной потребности у подростков при бытовом пьянстве? Чем она отличается от таковой при возникновении заболевания?

Массовость употребления спиртных напитков, включение этого вида деятельности в обычаи и привычки, отсутствие или незначительная выраженность вредных последствий не позволяют отнести её к категории патологических потребностей. Очевидно, на ранних этапах потребления спиртных напитков потребность в алкоголе проявляется, но не носит патологический характер. Патологические черты она принимает в период трансформации бытового пьянства в хронический алкоголизм, определяя возникновение заболевания.

Механизм возникновения новой потребности, описанный в психологии ещё Вундтом и более подробно разработанный Леонтьевым А.Н., состоит в том, что при определённых условиях цель действия может стать самостоятельным мотивом поведения ("сдвиг мотива на цель") по Леонтьеву А.Н.

Одним из условий возникновения новой потребности может стать привычка. При повторении ситуации навык, вызванный случайными обстоятельствами, может превратиться в привычку. Привычка - это навык, ставший потребностью. Этот механизм особенно часто используется подростками при образовании вторичных, необязательных потребностей, каковым является потребность в алкоголе.

Процесс возникновения и развития алкогольной потребности у

больных хроническим алкоголизмом описан Б.С.Братусем.[3] Поскольку, в силу сложившихся традиций, вино является непременным атрибутом определённых событий (праздники, дни рождения, свадьбы и т.д.), то согласно автору, употребление алкоголя в начале есть лишь вспомогательное действие, которое наряду с другими действиями подчинено более общему мотиву (общепринятое представление о празднике). В последующем переживания, которые даёт употребление алкоголя, из вспомогательного средства становится самоцелью, самостоятельной потребностью, предметом (мотивом), который является алкоголь, т.е. возникает классический случай сдвига мотива на цель.

В то же время механизм возникновения алкогольной потребности у подростков ещё на этапах бытового пьянства не исследовался. Можно предположить, что предложения Б.С.Братусем схема, вероятно, в общих чертах может быть распространена и на период бытового пьянства. Однако особенности формирования алкогольной потребности в этом случае, её отличие от потребности при хроническом алкоголизме, условия перехода из "физиологической" алкогольной потребности в патологическую во многом остаются неясными. Проследить механизмы зарождения потребности в алкоголе, её развитие, закономерности взаимоотношения с другими потребностями личности в доболезненный период представляется чрезвычайно важным.

Самые первые алкогольные эксцессы вызваны формирующимися алкогольными установками личности подростка, которые в свою очередь являются следствием усвоения социального опыта. Вне зависимости от того, связан ли алкогольный эксцесс с любопытством, желанием испытать на себе действие спиртного, подражанием взрослым или ориентацией на определённую группу, конкретную личность, вызван ли он стремлением к самоутверждению или желанием общения - в любом случае первый приём спиртных напитков есть проявление отношения личности к спиртным напиткам, отражение его установок.

Употребление алкоголя в ряде случаев действительно может рассматриваться как часть деятельности, направленной на удовлетворение более общей потребности. Примером этого вариантаявляется приём спиртных напитков для облегчения общения (групповые выпивки подростков, приём спиртного перед приходом на танцплощадку или перед свиданием с девушкой и т.д.)

Трактовка этого вопроса зависит от того, как мы оцениваем проявляемую личностью активность для нахождения и употребления спиртных напитков - как целенаправленную деятельность или как действие, т.е.компонент в структуре деятельности, имеющей другую направленность.

3. Б.С.Братусь. Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. М.,1974.

По Леонтьеву Л.Н. характер деятельности определяется вызвавшим его предметом потребности (мотивом деятельности). Под действием понимаются процессы, направленные на достижение осознаваемого, предвидимого результата, т.е. цели.

Как в связи с этим трактовать совершаемые здоровым человеком поступки, приводящие его к приёму спиртного, - как деятельность или только действие?

Очевидно,ответ на этот вопрос не может быть однозначен - это и то, и другое в разные этапы развития алкогольной привычки.

На ранних этапах алкоголизации, когда приём спиртных напитков осуществляется редко (1-2 раза в месяц), в небольших дозах и в случаях, регламентированных обычаями, спиртные напитки принимаются подростком для улучшения реализации других потребностей (для улучшения процессов общения, для снятия стеснительности, робости). Здесь приём спиртных напитков не есть самостоятельная цель, он подчинён другой, более общей цели (общение), и поэтому должен рассматриваться как действие в структуре деятельности. Иными словами, приём алкоголя в этих случаях является условием реализации другой потребности. Возвращаясь к потребности в алкоголе, можно сказать, что её на данном этапе нет, что она - суть условие протекания деятельности.

В некоторых случаях алкогольная потребность у подростков может формироваться на базе подражательного поведения. Приём спиртных напитков осуществляется вследствие ориентации на референтную группу с выраженной алкогольной потребностью. Усвоение групповых норм выступает здесь как символ, как знак приобщения к группе, признак того, что человек "свой". Такой механизм возникновения алкогольной потребности часто наблюдается при вступлении в трудовую жизнь, когда подросток сразу попадает в неблагоприятную микросреду. Необходимость адаптироваться к ней заставляет его усваивать принятые в этой микросреде нормы и правила, в том числе и в части употребления спиртных напитков.

Однако в ряде случаев алкогольная деятельность сразу возникает как таковая, именно как деятельность, направленная на потребление алкоголя. Конечным предметом деятельности в этом случае является приём спиртных напитков, достижение наркотического эффекта. Этот вариант формирования алкогольной потребности наблюдается у, так называемых, "неблагополучных" подростков и сопровождается наличием установки на приём алкоголя. Употребление спиртных напитков в этих случаях сразу начинает приобретать осложнённые формы (тяжёлые степени опьянения, опохмеление без наличия похмельного синдрома, ситуационные псевдозапои, ассоциальные формы поведения, выдворение в

вытрезвитель, приводы в милицию).

Таким образом, употребление спиртных напитков у подростков на начальных этапах формирования алкогольной привычки может носить двоякий характер. В подавляющем большинстве случаев это действие в цепи других действий, лежащих на пути реализации основной потребности (допустима также её трактовка как зачаточной, неразвившейся потребности, сцеплённой с другой, более важной потребностью и облегчающей реализацию последней). В некоторых случаях приём спиртных напитков становится самостоятельным мотивом деятельности.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кириллова Л.А.

Анализ литературных данных как отечественных, так и зарубежных исследований свидетельствует об ускоренном формировании и злокачественном течении алкоголизма в юношеском возрасте (Стрельчук И.В., 1964, 1973; Литвинов П.Н., 1968; Портнов А.А., Пятницкая И.Н.,1973; Сидоров П.И., 1979 и др.).

Важность изучения клинических особенностей алкоголизма в юношеском возрасте определяется необходимость дальнейшей разработки вопросов диагностики, течения заболевания, а также соответствующих лечебно-профилактических и социальных мероприятий.

Наши данные основываются на исследовании 25 подростков в возрасте от 14 до 18 лет. К моменту обследования эти лица систематически употребляли алкогольные напитки на протяжении от 1,5 до 5 лет. В 45% случаев подростки впервые прибегали к употреблению алкоголя в возрасте 9-10 лет. Первое употребление алкоголя у остальных 55% подростков приходилось на возраст старше 12 лет. Первый приём алкоголя в 60% случаев происходил в домашних условиях по "случаю праздников", в 33% - в компаниях подростков или лиц, которые были старше их по возрасту.

Обращало на себя внимание, что у данной группы подростков употребление алкогольных напитков изначально сопровождалось эйфоризирующим действием. В последующем употребление алкоголя было эпизодическим, в среднем 1-2 раза в 3-4 месяца. Спустя 6 месяцев - 1,5 года у этих лиц формировалось влечение к состоянию эйфории. Оно не носило ещё постоянного характера, а заметно "оживлялось" и усилива лось в период употребления алкоголя окружающими.

Начало систематического приёма алкоголя влекло за собой повышение толерантности к нему и изменение клинической картины опьянения. Это выражалось в том, что прежние дозы спиртных напитков не вызывали заметного эйфоризирующего эффекта. В опьянении наблюдалось чувство недовольства, досады, раздражения, в связи с чем иногда возникали конфликты с окружающими, агрессивное поведение и совершались различные правонарушения. Дальнейшее потребление алкоголя с целью достижения эйфоризирующего эффекта приводило к возникновению у больных сонливости, оглушения, иногда коматозного состояния.

После начала регулярного употребления алкоголя в период воздержания от него у подростков наблюдались колебания настроения, ухуд-

малось самочувствие, нарушался аппетит и сон. Больные отмечали у себя неопределённое общее беспокойство, чувство психического и физического дискомфорта ("как бы сам не свой", "чего-то нехватает"), достигавшее степени психомоторного возбуждения. Употребление первых доз алкоголя устраняло все эти неприятные ощущения. Вместе с тем, усиливалось влечение к утяжелению опьянения.

В дальнейшем употребление алкогольных напитков вытесняло все другие виды деятельности: учёбу, освоение профессиональных навыков. Развивалось влечение к состояниям опьянения, что сопровождалось массивной алкоголизацией. Одновременно нарастали черты психопатизации личности - возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, злобность, грубость, колебания настроения, конфликтность, иногда с агрессивными актами.

В данной группе больных на момент обследования, обращало на себя внимание несоответствие их интеллектуального уровня возрасту, суженный круг интересов, быстрое истощение внимания, некоторая торпидность мышления, эмоциональное огрубение со снижением высших эмоций. У больных отсутствовало чувство ответственности и долга. Быстро развивалось самопопустительство, снижалась требовательность к себе, нарушалось критическое отношение к своему поведению, нередко возникало асоциальное поведение.

Эти юноши, как правило, пропускали занятия, а иногда и совсем бросали учёбу, работу, постоянно общались в компаниях, привычно употребляющих адкогольные напитки. Они многократно обещали прекратить употребление алкоголя, но не сдерживали этих обещаний. Иногда больные исчезали на несколько дней из дома, в связи с чем их родители обращались за помощью в милицию или к психиатру.

При стационарном обследовании этих подростков нередко выявлялся алкоголизм на далеко зашедших этапах заболевания.

Таким образом, выявленные нами данные, а также дальнейшее изучение закономерностей развития хронического алкоголизма у подростков будет способствовать проведению профилактических мероприятий, раннему их выявлению и разработке комплексных лечебных и социально-педагогических мероприятий.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Копыт Н.Я., Запорожченко В.Г.

Непосредственной причиной, приводящей женщин (как и мужчин) к алкоголизму, является учащение употребления ими алкоголя и увеличение его дозы. Общие причины также аналогичны мужским. Однако, формы их проявления и действия имеют специфический характер.

Важные факторы, приводящие женщин к алкоголизму , лежат в сфере общественного мнения. Если общественное мнение ранее осуждало пьянство женщин, нетерпимо относилось к случаям их выраженного опьянения, то в настоящее время общественное мнение относится более терпимо к такого рода фактам. Контролирующая и регулирующая функции общественного мнения в настоящее врем уже не являются действительными регуляторами поведения женщин, не препятствуют и не осуждают их пьянство. Как показывают анамнестические данные, на участке этиопатогенетической цепи: умеренное употребление алкоголя - эпизодическое пьянство - привычное пьянство, вмешательства общества в личную жизнь женщин либо совсем нет, либо оно малоэффективно. Когда же алкоголизм у женщин сформировывается, то общественное мнение начинает их осуждать. Но его регулирующая функция в это время явно запаздывает, поскольку оно уже бессильно что-либо изменить.

Причины такого отношения к пьянству женщин со стороны общественного мнения довольно сложны и противоречивы. С начала века идёт вообще процесс увеличения числа пьющих женщин во многих странах мира. В нашей стране такой процесс стал особенно заметен в послевоенные годы, что объясняется демографической ситуацией того времени. Значительная часть женщин, чьи мужья, женихи, потенциальные женихи и мужья погибли на фронте, в личном плане оказались неустроенными, что привело к краху их жизненных планов. Именно этим обстоятельством можно объяснить в ряде случаев алкоголизацию женщин. Такая алкоголизация женщин в то время находила какое-то понимание и оправдание со стороны общественного мнения. Однако вплетаясь в преемственность поколений, снисходительное отношение к пьющей женщине постепенно теряло причинную связь с породившим его фактором и в сознании некоторых социальных групп в дальнейшем начали носить уже самостоятельный характер. Процесс этот захватывает постепенно все новые и новые группы: молодёжные, профессиональные и т.п. Именно в связи с частичной утратой общественным мнениеем регулирующей, предписывающей функции, направленной против пьянства женщин, происходит увели-

чение распространённости среди них пьянства.

Немаловажным фактором, формирующим общественное мнение, выступает такой социально-психологический феномен, как подражание. Благодаря ему в последние годы расширяется контингент женщин, особенно молодых, употребляющих алкоголь, посокольку его употребление довольно часто выступает атрибутом независимости, самоутверждения, раскованности, "равноправия". Социально-психологический механизм, лежащий в основе подражания, который у девушек развит больше, чем у юношей, является сильным регулятором их поведения. Девушки как бы соревнуются друг с другом в овладении внешними элементами взрослости. Начав утверждать себя среди сверстников при помощи негативизма (если это принято в группе), бравады отрицательными качествами: курением, порой сквернословием и употреблением алкоголя, девушка легко может скатиться до злоупотребления алкоголем, асоциального поведения, моральной распущенности. Идеалом, образцом для подражания у таких девушек чаще всего становится курящая, выпивающая женщина, свободно относящаяся к сексуальной жизни. Естественно, что в чуждой таким взглядам среде девушки не смогут ни приобщиться к такому поведению, ни продемонстрировать его. Для этого им необходима взаимоиндуцирующая группа, где такое поведение является "стилем жизни", то есть своеобразной нормой или образцом. Именно такая группа и представляет реальную опасность как для её членов, так и для тех, кто хотел бы подражать её образцу жизни. А если учесть тот факт, что более 95% современных юношей и девушек школьного возраста знакомы с алкоголем, то будущее общественное мнение по этой проблеме представляется весьма тревожным.

Как показывают результаты многочисленных исследований, имеются очень чёткие корреляции алкоголизма с родом занятий. Чаще других болеют работницы сферы обслуживания, имеющие облегчённый доступ к алкоголю: официантки, работницы кафе, баров, ресторанов и т.д. Разумеется, не сам род занятий предрасполагает к пьянству, а те специфические, "питейные" обычаи и предрассудки, которые распространены в этой среде. Эти обычаи легко переходят в привычку и, таким образом, управляют поведением. Вновь поступающие на работу в эту сферу женщины вместе с профессией осваивают и эти обычаи и предрассудки. Так формируется порочный круг преемственности "питейный" обычаев и предрассудков, который приводит многих женщин к алкоголизму.

Аналогичен механизм привыкания к употреблению алкоголя женщинами строительных профессий - второй после сферы обслуживания по частоте группе, представленной среди больных алкоголизмом. Эта группа также является носителем наиболее неблагоприятных "питейных" обычаев и предрассудков.

Поскольку склонность к подражанию у женщин довольно выражена, то очень часто к пьянству их приводит злоупотребление алкоголем мужей. У женщины-алкоголички очень часто муж-пьяница.

Но большая часть женщин, злоупотребляющих алкоголем (более 63%) не имеет и не имела семьи. На этих женщин оказывает влияние в первую очередь общая компания, к которой они принадлежат, или их возлюбленные. Начало злоупотребления алкоголем у женщин этой группы нередко совпадает по времени с чётко осознанной мыслью о невозможности создания собственной семьи (причины этого могут быть самые разные). В результатте из её сознания начинают вытесняться те регуляторы, которые контролировали её поведение, направленное на создание семьи. Одновременно с этим начинают формироваться иные взгляды на свою личную жизнь, её цели, меняются взгляды на половую мораль, на употребление алкоголя и т.п. А это, в свою очередь, приводит к поиску таких форм общения, которые способны удовлетворять потребности уже новых ценностей и одновременно заполнить социальный вакуум. Нередко выбор женщины падает на такие компании, необходимым атрибутом общения в которых является употребление алкоголя. В этих компаниях они находят себе (или их находят) возлюбленных-пьяниц. Отсюда создаётся впечатление, что те их спаивают. Но это, в ряде случаев, не совсем так.

Специфические меры профилактики женского пьянства и алкоголизма затруднены, поскольку эта проблема тесно взаимосвязана с пьянством и алкоголизмом мужчин.

Но основа, сущность профилактики пьянства и алкоголизма лежит в области психологии масс. Только изменив или изменяя общественное мнение, можно внедрять различные организационные антиалкогольные структуры, которые будут работать тем лучше, чем нетерпимее будет общественное мнение к пьянству. Да и координация всей антиалкогольной деятельности в это время будет значительно облегчена.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Василевская А.Д.,
Дукарский Ф.Г., Клечковский А.Д.

Изучение катамнезов больных алкоголизмом, перенесших острые алкогольные психозы, по мнению Стрельчука И.В., Портнова А.А., Качаева А.К., Лукомского И.И., Гофмана А.Г., Гулямова М.Г. и многих других, свидетельствует о более раннем наступлении рецидивов алкоголизма у этого контингента больных в сравнении с больными алкоголизмом общей популяции. Одной из основных причин этого явления считается выраженность посталкогольных изменений у больных, перенесших психозы, личностные девиации, неблагоприятное микросоциальное окружение и т.д.Значительно меньше уделяется внимание изучению зависимости длительности ремиссий алкоголизма у больных, перенесших алкогольные психозы, от особенностей первичного патологического влечения к алкоголю, вида психоза и проведённых организационно-терапевтических мероприятий.

С целью выявления этих взаимосвязей нами было изучено 12 женщин, перенесших острые алкогольные психозы, из них 93 больных перенесли алкогольный делирий, 17 - алкогольный галлюциноз и 10 больных алкогольный параноид. Повторные алкогольеые психозы наблюдались у 23 больных. Большинство исследованных больных (87,3%) были в возрасте 30-50 лет. Вторая стадия алкоголизма диагностирована у 79,3% больных, вторая-третья - у 20,7% больных. Давность заболевания хроническим алкоголизмом составляла 8-17 лет.

При изучении симптома первичного патологического влечения к алкоголю мы пользовались Глоссарием стандартизированных психопатологических симптомов и синдромов для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов, разработанным сотрудниками ВНИИ общей и судебной психиатрии им.В.П.Сербского (1976г.). Симптом первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов наблюдался у 15 больных, перенесших алкогольный делирий, у 2 больных - галлюциноз, у одного больного параноид. Эти больные составили первую группу наблюдения. У второй группы больных первичное влечение к алкоголю протекало без борьбы мотивов: алкогольный делирий отмечался у 47 больных, галлюциноз - у 10, параноид - у 6 больных. Третью группу составили больные, у которых первичное патологическое влечение протекало с характером неодолимости: алкогольный делирий наблюдался у 20 больных, галлюциноз - у 3, параноид -

у 2 больных. К четвёртой группе отнесены больные, у которых первичное патологическое влечение к алкоголю возникало на фоне психопатических и невротических состояний: алкогольный делирий имел место у II больных, галлюциноз - у 2, параноид - у I больного.

Изучение длительности ремиссий после завершения лечения в условиях наркологического отделения позволило выявить, что больные первой группы оказались наиболее курабельными. Ремиссия 3-6 месяцев определена у 6% больных 6-9 месяцев - у 53%, 9-I2 месяцев - у I5%, более года у I2% больных. Практически отсутствовал период терапевтической ремиссии у I4% больных. Наименее курабельными были больные третьей группы, у которых первичное патологическое влечение к алкоголю протекало с характером неодолимости. У этой группы больных ремиссия 3-6 месяцев наблюдалась у I5% больных, 6-9 месяцев - у 39%, 9-I2 месяцев - у 8%, более года - у 3% больных, отсутствовали ремиссии у 35% больных.

Длительность ремиссий у больных второй и четвёртой групп была примерно одинаковой: 3-6 месяцев - II% больных, 6-9 месяцев - 46%, 9-I2 месяцев - I2%, более года - 8% больных. У 23% больных рецидив алкоголизма наступил вскоре после завершения лечения в наркологическом отделении.

Таким образом, выявив чёткую зависимость длительности ремиссии от вида первичного патологического влечения к алкоголю у женщин, перенесших алкогольные психозы, мы обратили внимание, что виды перенесённого острого алкогольного психоза и даже их рецидивы не определялли длительность ремиссии. Катамнестические исследования выявили корреляцию ремиссий от уровня социальной адаптированности больных изученной популяции. Естественно полной социальной адаптации у женщин, перенесших алкогольные психозы, и больных алкоголизмом второй и третьей стадии не наблюдалось. Частичная социальная адаптация была отмечена у 69,5% больных. Женщины работали, хотя и имели взыскания за прогулы, халатное отношение к труду и прочее. У этой группы больных или сохранялись семьи, или имелись ближайшие родственники (отец, мать), которые оказывали им определённую экономическую и моральную помощь. Именно эта группа больных прогностически была более благоприятной. При повышенной интенсивности медицинского и социального воздействия удавалось добиться согласия больных на лечение и как следствие этого у них отмечались более стойкие терапевтические ремиссии.

В группе больных (30,5%) с социальной дезадаптацией (больные без определённого места работы, лишённые семьи, утратившие родственные связи), практически не удавалось добиться установки на лечение и, следавтельно, терапевтических ремиссий. В новой картотеке

учёта и динамического наблюдения они были отнесены в графу систематически уклоняющихся от посещения наркологического кабинета и лечения. Больные этой группы являлись постоянными кандидатами в лечебно-трудовой профилакторий.

Группа больных женщин с частичной социальной адаптацией была условно разделена на три подгруппы в зависимости от их отношения к противоалкогольному лечению в амбулаторной наркологической сети.

К первой подгруппе отнесены больные, которые регулярно лечились в наркологическом кабинете (I9 чел.). Ко второй подгоуппе - больные, которым лишь периодически удавалось провести поддерживающее противорецидивное лечение (5I чел.). Третью подгруппу составили больные, систематически уклоняющиеся от противоалкогольной терапии (I4 чел.). Лечение осуществлялось в соответствии с обязательными минимальными курсами лечения больных алкоголизмом первого и второго года учёта и динамического наблюдения.

Независимо от вида перенесённого алкогольного психоза более длительные и стабильные ремиссии наблюдались у больных первой подгруппы, т.е. у того контингента больных, которому регулярно проводилась противоалкогольная терапия. Почти у 45% больных этой подгруппы длительность беспрерывных терапевтических ремиссий превышала один год, а ещё у 33% больных более 6 месяцев. В тоже время у больных второй подгруппы беспрерывные ремиссии более одного года имели место лишь у I2,3% больных, более 6 месяцев - у 2I% больных. Для больных третьей подгруппы, систематически уклоняющихся от лечения, было характерно отсутствие беспрерывных ремиссий продолжительностью более 6 месяцев.

Следовательно, проведённое исследование позволяет сделать вывод, что продолжительность беспрерывных ремиссий у женщин больных алкоголизмом II-III стадий и перенесших острые алкогольные психозы зависит не от типа имевшего место острого психотического состояния, а от вида первичного патологического влечения к алкоголю, качества социальной адаптации и привлечения больных к поддерживающей противоалкогольной терапии в условиях амбулаторной наркологической сети.

ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Корчагин С.В., Цетлин М.Г., Яздовская С.В.

Врач, проводящий психотерапию, в каждом отдельном случаев должен сформулировать для себя задачи, стоящие перед ним и самим больным в процессе лечения (Лебединский М.С.). Последовательность разрешения этих задач на различных этапах лечения составляет тактику психотерапии. В основе её выбора и планирования лежит оценка психического состояния больного, под которым понимается общий функциональный уровень его психической деятельности (Мясищев В.Н.), отражающий клиническую картину заболевания (нозологическая и синдромальная характеристики) в соотнесении с индивидуальными особенностями структуры личности.

В литературе, посвящённой алкоголизму в подростковом и юношеском возрасте, подробно описаны особенности его клинических проявлений (Стрельчук И.В., Пятницкая И.Н., Пятов М.Д.). Ряд авторов указывают, что у этого контингента больных относительно ольше выражены психические отклонения, выявляемые при экспериментально-психологическом исследовании, в сравнении с их внешними проявлениями (Андреева Б.К., Буторина Н.Е., Гульдан В.В.).

С учётом этих указаний нами в условиях стационара изучено клинически и с помощью методик психологической диагностики 20 больных мужчин в возрасте от 18 до 25 лет, у которых определялась П стадия хронического алкоголизма. Использовались: стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ), являющийся вариантом MMPI, разработанным Собчик Л.Н., тест Роршаха; тест диагностики интерперсональных отношений Т.Лири; тест цветовых отношений Люшера. Получены следующие данные. Наследственность у большинства больных оказалась отягощённой алкоголизмом ; семьи были преимущественно неполными или как бы неполными, так как воспитание шло по типу попустительства и безнадзорности. Успеваемость в школе была различной, но многие оставили школу после 7-8 классов. Первый приём алкоголя относится к возрасту 12-14 лет; регулярное употребление сформировалось в возрасте 15-16 лет. К 18-20 годам отмечается формирование основных признаков хронического алкоголизма. Длительность заболевания колебалась от 2 до 8 лет, в среднем составляя $3,9 \pm 0,5$ года. В то же время клиническая картина заболевания у большинства больных, по сравнению с более взрослым контингентом, была как бы неполной, редуцированной;

в частности нередко абстинентный синдром был неразвёнутым, психопатологические его проявления по длительности преобладали над соматическими, характеризуясь в основном астеническими, тревожными и депрессивными растройствами разной степени выраженности.

Личностные изменения, развившиеся в динамике болезни, были выражены умеренно; они проявлялись в виде интеллектуального и эмоционально-волевого снижения, а также различных вариантов психопатизации. Их характер существенно определялся незавершённым к возрасту начала заболевания процессом формирования стабильных структуры личности и системы отношений с окружающими. Отчётливо выступали свойственные этому возрасту, точнее этапу личностного развития, психологические особенности, обострившиеся и преформированные в динамике алкоголизма. Так, в поведении и переживаниях больных сочетались разнообразные противоречивые тенденции: стремление к достижению успеха, к самоутверждению - и пассивность; честолюбие - и неуверенность в себе; стремление к близким, дружеским отношениям, нахождению своего места в группе, в частности, сверстников - при ощущении одиночества и неумении войти в контакт. Постоянно выявлялись эгоцентризм, субъективизм, односторонность оценок и суждений, их категоричность, некритичность. Отношения с близкими строились по типу: "либо друг, либо враг", "или зависимость, или подавление"; отмечалась готовность к оппозиционности, к конфликтам. Предпочитаемым эмоциональным состоянием являлось спокойствие в дружелюбной атмосфере при стремлении к независимости, свободе действий. Особенно следует подчеркнуть невыносливость к эмоциональным стрессам, эмоциональную лабильность, склонность к частой смене настроений.

Анализ указанных особенностей больных позволил сформулировать основные задачи психотерапии:

I) преодоление противоречивых устремлений и отношений;

2) смягчение субъективизма в оценках, достижение их большей реалистичности, коррекция самооценки;

3) повышение стрессоустойчивости;

4) выработка конкретных жизненных планов.

Последовательность выбора тактики, то есть смены направленности психотерапевтической работы по решению указанных задач была следующей.

I. На начальном этапе лечения (I-3 его недели) упор делался на максимальное смягчение эмоционального напряжения, купирование тревожно-депрессивных расстройств, то есть на релаксацию, успокоение, уравновешивание. Достигался доверительный эмоциональный котакт с больными, определялось их место в психотерапевтической группе.

2. На следующем этапе (4-6 недели лечения) психотерапия направлялась на коррекцию самооценки, объективизацию её и оценки ситуации, на анализ противоречий в устремлениях и отношениях и их преодоление, на выработку приёмов, повышающих стрессоустойчивость. Корректировались привычные формы поведения и реагирования, больные обучались адекватному общению.

3. На завершающем этапе лечения (7-12 недели) у больных вырабатывалась чёткая позиция в их конкретной жизненной ситуации, строилась система "перспективных линий" с определением "ближних" и "дальних" задач на будущее, закреплялось владение приёмами саморегуляции.

Психотерапия постоянно велась в русле основной стратегической линии терапии алкоголизма, направленной на выработку трезвенничества (Иванец Н.Н., Рожнов В.Е.). Анализ результатов лечения показал, что эффективность терапии в целом и психотерапии в частности у больных хроническим алкоголизмом юношеского возраста существенно зависит от того, насколько наркологами учитываются особенности психологического статуса этого трудного контингента больных, а также индивидуальные особенности клинической картины болезни и характера изменений личности.

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА г.МОСКВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

Козырев В.Н., Дроздов Э.С.

К числу важных государственных задач относится охрана здоровья советских людей. На современном этапе актуальными остаются вопросы профилактики пьянства и алкоголизма. Злоупотребление алкогольными напитками, как известно, приводит к развитию тяжёлых соматических и психических заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения, алкоголизм и связанные с ним заболевания, как причина смерти, уступают лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям.

Алкоголизм - это причина многочисленных разводов, рождения неполноценного потомства. На почве пьянства совершается 90% всех прогулов, 80% нарушений трудовой дисциплины.

Вопросам организации комплексной антиалкогольной работы среди населения уделяется самое пристальное внимание со стороны партийных и советских органов г.Москвы.

При Исполкоме Моссовета и районных Советов народных депутатов постоянно действуют комиссии по борьбе с пьянством.

МГК КПСС, Исполком Моссовета потребовали от работников здравоохранения энергичнее развивать и совершенствовать наркологическую помощь населению.

Главное управление здравоохранения Мосгорисполкома осуществило в этой связи целый ряд организационных и практических мероприятий: была укреплена материально-техническая база наркологической службы, улучшена работы всех звеньев внебольничной и стационарной наркологической помощи, усилено взаимодействие с заинтересованными ведомствами и учреждениями по вопросам борьбы с пьянством и алкоголизмом, повышена действенность антиалкогольной пропаганды.

За годы X и XI пятилеток сеть наркологических учреждений в Москве получила интенсивное развитие и в настоящее время является одной из самых развитых в стране.

Проведена полная централизация амбулаторного звена наркологической службы с созданием девяти межрайонных наркологических диспансеров.

Во внебольничной наркологической службе созданы специализированные кабинеты по оказанию медико-социальной помощи подростковому населению, работающим в промышленности, на автотранспорте, в строи-

тельных организациях, консультативные кабинеты сотрудников научно-исследовательских институтов.

На предприятиях города организована развитая сеть фельдшерских наркологических пунктов, дневных наркологических стационаров.

При наркологических диспансерах №№ I, 3, 7 МСЧ № I успешно функционируют реабилитационные клубы трезвости.

Впервые в стране организована самостоятельная хозрасчётная наркологическая амбулатория, осуществляющая анонимное лечение больных алкоголизмом, что позволило значительно расширить объём этого вида наркологической помощи не только населению города, но и иногородним.

Проведена централизация стационарного звена наркологической службы: созданы две самостоятельные наркологические больницы, а также стационарные комплексы (3 межрайонных наркологических диспансера и 3 психиатрические больницы). Обеспеченность населения наркологическими стационарными койками возросла к 1984 году до 0,67 койки на 1000 населения при нормативе Минздрава СССР - 0,5.

Особенность деятельности наркологических отделений при промышленных предприятиях заключается в оказании больным алкоголизмом не только медицинской, но и социальной помощи. Широкое применение трудовой терапии в условиях современного производства позволяет повысить эффективность комплексного лечения. Вместе с тем, существование наркологического отделения на предприятии, как показала практика, оказывает позитивное влияние на производственный коллектив, являясь одной из самых наглядных форм антиалкогольной пропаганды.

Наркологической больницей № 17 совместно с АвтоЗИЛ,ом успешно осуществляется комплекс мероприятий по медицинской и социально-трудовой реабилитации больных хроническим алкоголизмом.

Совместно с Главным управлением Внутренних дел Мосгорисполкома осуществляется комплексная система мер по выявлению лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, больных алкоголизмом, а также привлечению их к лечению. По специальному графику врачи-психиатры-наркологи ведут приём в отделениях милиции на общественных пунктах охраны порядка, в инспекциях по делам несовершеннолетних.

Наркологической службой города установлена оперативная связь с медицинскими вытрезвителями. В результате этого улучшились показатели выявления больных алкоголизмом и лиц с высоким риском заболевания, резко сократился контингент больных, уклоняющихся от диспансерного наблюдения и лечения, улучшилась преемственность в наблюдении за больными, выбывшими из ЛТП.

Главным управлением здравоохранения Мосгорисполкома разрабо-

тана и осуществляется система комплексных мероприятий, направленных на профилактику пьянства и алкоголизма среди водителей.

В структуре наркологической службы Главного управления здравоохранения организованы: медико-психологическое отделение по безопасности движения; два круглосуточных кабинета экспертизы алкогольного опьянения, оснащённые современным оборудованием; дневной наркологический стационар для работников транспортных предприятий города и есть фельдшерских наркологических пунктов.

Для усиления контроля за качеством предрейсовых осмотров медицинскими работниками, состоянием здоровья водителей на линии и проведения экспертизы алкогольного опьянения непосредственно в дорожных условиях в ряде автотранспортных предприятий и совместно с Управлением ГАИ города были созданы специальные передвижные медицинские лаборатории.

Большое внимание уделяется организации взаимодействия органов здравоохранения г.Москвы с УГАИ ГУВД Мосгорисполкома и руководителями Главных управлений автотранспортных предприятий. Регулярно проводятся семинары и рабочие совещания по вопросам профилактики пьянства на транспорте.

Исполнительным звеном является общественный наркологический пост, организованный в автоколоннах и на производственных участках. Сотрудниками НИИ Главмосавтотранса разработаны методические материалы, которые определяют основные задачи, обязанности, права и документацию составных элементов предложенной комплексной системы.

Экспериментальное внедрение данной системы позволило в 1983г. на автокомбинате № I только в опытной группе (лиц, склонных к злоупотреблению алкогольными напитками) в 9,5 раза сократить количество нарушений трудовой дисциплины и общественного порядка, что способствовало увеличению фонда рабоч его времени по опытной группе за I-е полугодие 1983 г. на 13602 автомобилей/часов, на 23% сократилось число дней нетрудоспособности в экспериментальной группе,на 40% уменьшилась аварийность.

Общий экономический эффект от внедрения системы на автокомбинате № I Мосстройтранса составил в 1983г. 89,7 тыс.рублей, а по автокомбинату № 25 Московского управления автомобильных дорог - 26,3 тыс.рублей.

Целесообразно данную комплексную систему профилактики пьянства и алкоголизма внедрить на всех автотранспортных предприятиях г.Москвы.

Городской наркологической службой в целях быстрейшего внедрения результатов научных разработок по проблемам наркологии в практику заказаны Всесоюзному научно-исследовательскому институту общей

и судебной психиатрии им.Сербского, Московскому научно-исследовательскому институту психиатрии МЗ РСФСР, Институту формакологии АМН СССР научные темы по организации наркологической помощи на промышленных предприятиях, организации лечебно-профилактической работы в стационарных наркологических отделениях при предприятиях, внедрению новых медикаментозных методов лечения алкоголизма, организации наркологической помощи подросткам, лицам молодого возраста и женщинам.

Для научных сотрудников выделены базовые учреждения для проведения исследований. Уже сейчас в этом плане достигнуты определённые результаты: в городской наркологической больнице созданы и внедрены принципиально новые схемы лечения больных алкоголизмом, освоены методы интенсивной терапии, позволяющие в течение нескольких часов вместо 3–4 дней вывести больного из тяжёлого состояния похмелья, апробируются новые лекарственные препараты, способствующие снижению болезненного влечения к алкоголю.

В практику работы наркологических учреждений внедрены все современные методы диагностики, лечения и реабилитации. Упорядочен режим работы внебольничных наркологических учреждений, что позволило обеспечить доступность наркологической помощи в удобное для населения время.

Увеличилось число врачей наркологов. Значительно расширены курсы их усовершенствования, открыты курсы специализации для фельдшеров. Всё это даёт ощутимые результаты.

В 1983 г. против 1980 г. контингенты учтённых больных алкоголизмом возросли на 15,3%, 7,5 тыс.взято на профилактический учёт, на 21% больше снято с диспансерного учёта по выздоровлению. Наметилась чёткая тенденция к сокращению заболеваемости алкогольными психозами.

За счёт сокращения прямых и косвенных потерь от пьянства целый ряд предприятий, где успешно работают фельдшерские наркологические пункты; за три последних года получили экономический эффект от 2-х до 4-х млн.рублей.

В наркологические стационары при промышленных предприятиях поступает на лечение значительная часть больных, длительно не работающих. За четырёхмесячный курс специального лечения у всех больных трудовые навыки восстанавливаются, больные приобретают правильную социальную ориентацию. Ежегодно до 15% из них трудоустраиваются на этих предприятиях.

Опыт наркологической службы г.Москвы показал, что наиболее эффективной формой организации стационарного лечения является создание крупных наркологических стационаров при промышленных пред-

приятиях на 240-300 коек, вместо маломощных стационаров на 60 коек.

На современном этапе одной из эффективных форм социальной реабилитации являются антиалкогольные клубы, функционирующие при ряде наркологических диспансеров города. В клубах наряду с занятиями психотерапией организуются семейные вечера отдыха, посещение выставок, концертов, коллективные выезды за город. В Советы клубов в обязательном порядке включаются жёны больных.

Имеющийся опыт работы показал высокую эффективноть таких мероприятий. Из числа членов клубов восстановление семейного и социального статусов отмечено у 91%. Однако, средств, помещений для хорошей организации клубов не хватает.

Статистические данные за последние годы показывают на существенные изменения учтённых контингентов больных алкоголизмом по полово-возрастному составу. По Москве ежегодно увеличивается число женщин, страдающих алкоголизмом, интенсивно увеличивается и доля лиц молодого возраста, взятых на диспансерный учёт в связи с алкоголизмом Если в 1978г. в структуре контингентов больных алкоголизмом женщины составляли 9,6%, в 1981г. - 10,8%, то в 1983г. - 11,2%.

Распространение пьянства среди женщин привело к образованию, так называемых семейных форм алкоголизма, которые отличаются более тяжёлыми медицинскими и социальными последствиями.

Социально-медицинские последствия раннего приобщения к спиртным напиткам также ощутимы: алкогольная болезнь за последнее десятилетие значительно утяжелилась, приобрела достаточно злокачественное течение с выраженными антисоциальными проявлениями. Интенсивная алкоголизация, приводящая в конечном счёте к формированию алкоголизма, приходится в основном на возраст от 22 до 26 лет - практически на начало самостоятельной жизни человека.

Приведённые выше данные свидетельствуют о недостатках и просчётах в организации комплексной работы по профилактике пьянства и алкоголизма в г.Москве.

Необходима концентрация работы всех заинтересованных ведомств, учреждений и организаций, необходима планомерная целенаправленная, научно-обоснованная комплексная противоалкогольная работа.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кривенков А.Н.

В отечественной литературе (Стрельчук И.В., 1973, Данилова Е.А., 1978, Пятов М.Д., 1980), посвящённой проблемам клиники и лечения алкоголизма в подростково-юношеском возрасте, встречаются указания на частое возникновение заболевания у таких лиц на патологически изменённой почве за счёт предшествующих черепномозговых травм, нейроинфекций, на формирование алкоголизма в сжатые сроки и безремиссионное течение и на малую выраженность или фрагментарность его основных симптомов. Соматические или неврологические последствия алкоголизма у подростков и юношей оказываются не завершёнными. Вместе с тем, вопросы противоалкогольного лечения этих больных, опирающиеся на звание клинической картины заболевания, разработаны ещё недостаточно.

Исследованы 50 больных алкоголизмом юношей в возрасте от 16 до 20 лет с длительностью заболевания от полугода до 5 лет (средняя длительность 2,5±0,5 лет), находящихся на стационарном противоалкогольном лечении. На момент обследования у 32 больных был диагностирован алкоголизм на I стадии заболевания и у остальных 18 - на II стадии.

В преморбиде у 36 больных определялись акцентуированные черты характера, а также формирующиеся или уже сформированные психопатии, в основном круга неустойчивых, у 5 - отдалённые последствия травматического поражения головного мозга. 11 больных до возникновения алкоголизма страдали проявлениями вегетососудистой дистонии, которые усиливались в пубертатном периоде. У всех больных отсутствовала соматическая и /или/ неврологическая патология, обусловленная хронической алкогольной интоксикацией.

На I стадии заболевания (32 больных) патологическое влечение к алкоголю было умеренным и носило обсессивноподобный характер. Постинтоксикационная астения развивалась непостоянно и была краткокременной, в пределах нескольких часов. Более выраженными оказывались вегетативные нарушения (колебания артериального давления, непостоянные колющие боли в области сердца, тахикардия и др.), особенно у тех больных, у которых в прошлом имелись признаки вегетососудистой дистонии.

У больных алкоголизмом II стадии при поступлении в стационар определялись слабовыраженные непродолжительные (от нескольких часов

до I-2 дней) абстинентные проявления, относящиеся в основном к соматовегетативной сфере (головные боли, анорекция, тошнота, колебания артериального давления).

Учитывая рудиментарность клинических проявлений алкоголизма, дезинтоксикационные средства назначались на короткое время (3-5 дней) и в дозах в 2 раза меньших, по сравнению с дозами, применяемыми при лечении взрослых. С целью дезинтоксикации использовались тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол), сульфат магния. Витамины группы В, С, РР вводились внутримышечно или внутривенно курсами по I5-20 инъекций.

Как показали электроэнцефалографические исследования, проведённые Мельниковой Т.С., 1982, у больных алкоголизмом в подростково-юношеском возрасте на электроэнцефалограммах обнаруживались изменения , указывающие на органический их характер. Отсюда становится понятным назначение больным лекарственных препаратов метаболического действия: аминокислот (глутаминовая кислота, аминалон), пирацетама, энцефабола, липотропных средств (метионин, липокаин). Эти препараты назначались больным длительно - обычно в течение всего времени стационарного лечения и некоторое время после выписки в качестве поддерживающей терапии.

Использование высоких доз апоморфина при проведении условно-рефлекторной терапии (УРТ) часто сопровождалось у больных побочными реакциями: резко падало артериальное давление , замедлялся пульс, нарушался его ритм. В вечернее время больные испытывали слабость, жаловались на головные боли, головокружения, колющие боли в области сердца, приступы тошноты, потливость и нарушения сна. Применение субрвотных доз препарата позволяло избежать побочных реакций. У большинства больных условный рефлекс на вкус и запах алкоголя удавалось выработать уже после I5-20 сеансов, и он был стойким. Тетурам назначался больным в дозе 0,25-0,3 г в день, разделённых на два приёма, на протяжении от 20 до 30 дней. В некторых случаях больные, принимавшие тетурам, жаловались на утомляемость, головные боли, сниженную работоспособность, расстройства сна. Снижение дозы препарата в два раза приводило к исчезновению указанных расстройств.

Особой осторожности, ввиду частых побочных реакций, требовало лечение больных алкоголизмом юношей психотропными средствами.Подростки и юноши часто на начальных этапах формирования у них заболевания "пробуют" употреблять, подмешивая к вину, транквилизаторы группы бензодиазепина - седуксен, элениум, снотворные препараты - этаминал натрия, барбамил. Из-за опасности быстрого привыкания к ним их назначение при проведении терапии должно быть крайне ограничено. Из нейролептических препаратов, позволяющих ослабить у

больных патологическое влечение к алкоголю, показано применение тех, лечение которыми не сопровождается быстрым проявлением экстрапирамидных нарушений - карбидина, этаперазина в малых дозах; нецелесообразно назначение стелазина, галоперидола. Также нежелательно использование корректоров нейролептической терапии (циклодола, паркопана, ромпаркина), поскольку их приём юношами может вести к развитию токсикомании.

Как известно, алкогольная анозогнозия особенно характерна для больных подростков и юношей. Они редко самостоятельно поступают на лечение, с трудом удерживаются в отделении, нарушают его режим. Таким больным показано назначение корректоров поведения, в частности неулептила по 10 мг 2-3 раза в день в течение 3-4 недель или меллерила (сонапакса) - препарата с тимолептически-седативным действием в тех же дозах. В результате применения этих средств больные становились мягче, общительнее, участвовали в трудовой терапии, у них ослабевало негативное отношение к противоалкогольной терапии.

Ввиду слабого контроля со стороны членов семьи больные уклонялись от поддерживающего лечения тетурамом. Однако, в тех случаях, когда удавалось наладить контакт с родственниками больных юношей, при проведении поддерживающей терапии использовались метаболические препараты, корректоры поведения, некоторые нейролептики в малых дозах, а также тетурам.

Таким образом, несмотря на отдельные указания литературы о невозможности назначения больным подросткам и юношам сенсебилизирующих к алкоголю препаратов, таких как тетурам и условнорефлекторной терапии, наши данные позволяют утверждать, что терапевтическая тактика у больных алкоголизмом в юношеском возрасте принципиально не отличается от терапии взрослых больных, но несёт в себе некоторые особенности. Если длительность дезинтоксикации может быть укороченной, то этап активного противоалкогольного лечения в стационаре и этап поддерживающей терапии в диспансере после выписки не должны быть короче, чем у взрослых, несмотря на то, что курсовые дозы препаратов не снижаются.

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М., Курашов А.С.

Установлено, что в динамике формирования аномальных черт характера в подростковом возрасте определённую роль играет сопутствующая алкоголизация. В тех же случаях, когда алкоголизм возникает на фоне психопатического преморбида, он приобретает более злокачественное течение (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980).

Исследованиями ряда авторов показано, что между возрастом начала алкоголизации, с одной стороны, и прогнозом алкоголизма, структурной деформацией личности, с другой стороны, имеется обратно-пропорциональная зависимость (Осипов В.П., 1931; Литвинов П.Н., 1968; Портнов А.А., Пятницкая И.М., 1973; 1969).

С целью исследования влияния алкоголизации на динамику патохарактерологического формирования личности нами обследованы 67 подростков-девочек в возрасте 14-18 лет. У обследованных диагносцировано психогенное патологическое формирование личности (по Ковалёву В.К., 1969) возбудимого (22 чел.), неустойчивого (20 чел.) и смешанного (25 чел.) типов. Наряду с клинико-динамическим исследованием применялся экспериментально-психологический метод (аутоидентификация и идентификация личности по словестным характерологическим портретам: патохарактерологический диагностический опросник Личко А.Е. (1976), а также специально разработанный опросник для исследования подростков с психопатоподобными формами поведения, включающий 492 вопроса, охватывающих различные факторы, принимающие участие в формировании девиантного поведения (генетические, перинатальные, микросоциально-психологические и др.).

В процессе обследования нами выделено 2 подгруппы больных: с наличием алкоголизации (37 чел.) и без таковой (30 чел.). Все без исключения девочки из первой подгруппы воспитывались в сложных микросоциально-психологических условиях, обусловленных ситуацией "неполного дома", алкоголизацией старших в семье (отец, братья, сёстры, а в некоторых наблюдениях и мать). В этих условиях семейные "алкогольные традиции" потенцировали склонность к реакциям имитации, свойственным подросткам. Возраст начала эпизодической алкоголизации - 12-14 лет. Как правило, первое знакомство девочек с алкоголем происходило в семье, а в дальнейшем в компаниях, где роль "лидеров" брали наиболее старшие подростки, отличавшиеся асоциальным поведением. Обращает на себя внимание сравнительно быстрый иногда в течение года своеобразный эффект суммации эпизодических алкогольных

эксцессов с ростом толерантности к алкоголю. Рост толерантности сопровождался постепенной утратой контроля за поведением во время алкогольного опьянения. Как правило, к концу I-го года алкоголизации у обследованных девочек наблюдалось угнетение рвотного рефлекса. Сравнительно быстро (I-I,5 года) формировалась психическая зависимость от алкоголя. В 5-ти из 37 наблюдений этой группы спустя I,5-2 года после начала алкоголизации к I6-I7 годам сформулировался абстинентный синдром, правда, менее клинически ограниченный, чем у взрослых и представленный, в основном, соматовегетативными дисфункциями. В одном из этих пяти наблюдений имел место острый алкогольный психоз по типу алкогольного делирия с типичными зрительными галлюцинациями зоологической фабулой.

Клинический анализ наряду с данными аутоидентификации и идентификации личности по словесным характерологическим портретам позволили отнести обследованных больных первой подгруппы к возбудимому (I7 чел.) и неустойчивому (20 чел.) типам психогенного патологического формирования личности. В отличие от алкоголизировавшихся сверстниц, девочки из 2-й подгруппы характеризовались меньшей степенью социальной дезадаптации. Они, как правило, посещали школу, ПТУ, хотя и допускали прогулы и отличались посредственной успеваемостью. В структуре девиантного поведения этих обследованных были меньше выражены компоненты делинквентности, асоциальности, чем у пациенток I-й подгруппы. Употребление алкоголя у обследованных второй подгруппы носило спорадический характер, у них не было отмечено роста толерантности к спиртным напиткам, формирования психической зависимости от алкоголя.

Больные первой подгруппы, в отличие от больных второй подгруппы (без алкоголизации) отличались выраженной конфликтностью, аффективной возбудимостью, агрессивностью в сочетании с расторможенностью влечений, неустойчивостью мотивов, патологической подчиняемостью. У этих подростков отмечался также более глубокий, чем у пациентов

второй подгруппы, уровень социальной дезадаптации, выражавшейся в пропусках занятий в школе, уходе из школы, дома, прогулах на работе, бродяжничестве. Нарушался, а в большинстве случаев прекращался контакт с одноклассницами, прежними друзьями. Девочки приобщались к компании алкоголизирующихся подростков с асоциальными тенденциями. Основными побудительными мотивами их общения была алкоголизация, нередко сочетающаяся с сексуальной распущенностью.

У обследованных первой подгруппы по сравнению с неалкоголизировавшимися сверстницами существенно нарушалась система отношений личности, что следовало как из клинических наблюдений, так и из данных, полученных с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), с помощью которого обследованы девочки обеих подгрупп. В качестве контрольных использовались данные, полученные при обследовании с помощью ПДО 1675 здоровых социально-адаптированных подростков 14-18 лет обоего пола (Личко А.Е., 1976). Сравнительный анализ в двух подгруппах приводился относительно выборов ПДО, сделанных контрольными испытуемыми, не более чем в 3% случаев. У девочек обеих подгрупп имело место отрицательной отношение к школе, находившие выражение в прогулах, снижении успеваемости, конфликтах с педагогами. Надо отметить такие их отношение к родителям, проявлявшееся в реакциях протеста, аппозиции. У девочек первой подгруппы, в отличие от 2-й подгруппы статистически достоверно (2,08; P 0,05) выявлялось положительное отношение к спиртным напиткам.

На основании изложенного можно сказать, что алкоголизация подростков существенно влияет на динамику патологического формирования личности в плане утяжеления дезонтогенеза психического развития и нарушения социальной адаптации подростков. Угрожаемыми в плане формирующегося алкоголизма представляются черты неустойчивости, аффективной возбудимости и подчиняемости в структуре преморбидной личности, а также наследственная отягощённость алкоголизмом. Одним

из существенных факторов патогенеза алкоголизма в подростковом возрасте является отрицательное влияние семейного воспитания, ситуация "неполного дома", алкогольные традиции в семье подростка.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СФОРМИРОВАВШИМСЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мельникова Т.С., КривенковА.Н.

Согласно литературным данным, в подростково-юношеском возрасте алкоголизм развивается в сжатые сроки, симптомы его маловыражены, течение злокачественное. Наше исследование больных алкоголизмом, у которых заболевание сформировалось до 20 лет, показывает; что в дальнейшем - на третьем-четвёртом десятилетии жизни больного наступает утяжеление клинической картины (тяжёлые формы абстинентных состояний, частые алкогольные психозы и т.д.), прогредиентность не становится менее выраженной, болезнь как бы приостанавливается в своём развитии. В литературе при изучении особенностей электрической активности мозга у больных алкоголизмом этот факт не нашёл отражения, хотя большинство исследователей отмечают, что усиление отклонений от нормы на электроэнцефалограммах больных коррелирует с тяжестью психопатологических расстройств.

Целью данной работы явилось сравнительное изучение изменений электрической активности мозга у больных алкоголизмом, у которых заболевание сформулировалось в возрасте до 20 лет (I группа больных) и в более позднем возрасте (П группа больных).

В I группе больных запись и анализ электроэнцефалограмм проведён у 30 мужчин в возрасте от 22 до 40 лет, у них становление основных симптомов алкоголизма произошло в возрасте от I3 до I6 лет, заболевание сформировалось до 20 лет. У 23 диагностирована П стадия алкоголизма, у 7 - Ш. Длительность заболевания составила от 3 до 20 лет.

Вторую группу составили 20 больных алкоголизмом того же пола и возраста, но в этой группе заболевание развивалось в возрасте старше 20 лет. Из них у I6 больных диагностирована П стадия алкого-

лизма, у 4 - Ш.

Запись электрической активности мозга проводилась по общепринятой методике на 8-ми канальном электроэнцефалографе с использованием моно и биполярных отведений и автоматического анализа частотного спектра электроэнцефалограмм. В качестве функциональных нагрузок использовали световую и звуковую стимуляцию, гипервентиляцию и флексорно-экстенсорные пробы. Особе внимание при визуальном анализе электроэнцефалограмм. В качестве функциональных нагрузок использовали световую и звуковую стимуляцию, гипервентиляцию и флексорно-экстенсорные пробы. Особое внимание при визуальном анализе электроэнцефалограмм обращали на выраженность и локализацию пароксизмальной активности - разрядов, амплитуда которых в 2 и более раз превышала фоновую активность. На протяжении I мин производили измерение длительностей всех пароксизмов и эту сумму условно обозначали как "время пароксизмов".

Отличительной, наиболее часто встречающейся особенностью электроэнцефалограмм больных обеих групп по сравнению с нормой явилась слабая выраженность регионарных особенностей электрической активности мозга, достигавшая в отдельных случаях полного сглаживания различий электроэнцефалограммы между передними и задними отделами мозга.

У большинства больных обеих групп амплитуда электрической активности мозга была значительно снижена, а в ряде записей регистрировалась уплощенная электроэнцефалограмма с амплитудой колебаний ниже 20-15 мкв.

Средний показатель процентного соотношения мощностей ритмов при автоматическом анализе частотного спектра был изменён в обеих группах, но у больных I группы изменения были более значительными. Эти изменения выражались в увеличении дельта- и тета-индексов и снижения альфа-индекса по сравнению с нормой. Нарушение процентного соотношения мощностей ритмов в отдельных отведениях электроэнцефа-

граммы также чаще выявлялось у больных I группы, причём особенно увеличивался дельтаиндекс. В этой группе больных изменения соотношений мощностей частотных спектров электроэнцефалограммы наблюдалось преимущественно в височных, лобных и центральных областях коры, т.е. в тех зонах, которые имеют наиболее обширные морфологические связи с гипоталамическими и гипокампальными структурами мозга. Наблюдаемое при этом снижение корковой реактивности на внешние стимулы можно рассматривать как отражение повышенной активности эмоциогенных структур на фоне снижения функционального состояния коры больших полушарий.

У больных I группы в 5 раз чаще выявлялись межполушарные асимметрии электрической активности мозга по сравнению с больными II группы.

Пароксизмальные разряды, увеличивавшиеся после проведения гипервентиляции, возникали на электроэцефалограммах больных I группы втрое чаще, чем у больных II группы. Конфигурация пароксизмов была различна: разряды тета- и дельта-волн, комплексы пик-волна, спайки и бета-волны в сочетании с альфа-пароксизмами, разряды смешанного частотного спектра."Время пароксизмов" у больных I группы статистически достоверно больше, чем у больных II группы. Эти данные указывают на то, что у больных I группы более значительно снижен порог судорожной готовности чем у больных II группы.

У 3 больных I группы патологические знаки на электроэнцефарограмме свидетельствовали о наличии очаговых изменений: у 2 - в височно-лобной области и у I - в височно-центральной области правого полушария

Реакции десинхронизации электрической активности мозга в ответ на применяемые световые и звуковые стимулы и флексорно-экстенсорные пробы у большинства больных алкоголизмом были недостаточно чётко выражены, но особенно это проявлялось у больных I группы.

Проведённое сравнительное изучение электрической активности

мозга у больных алкоголизмом выявило ряд особенностей электроэнцефалограмм, свидетельствовавших о наличии корреляции между возрастом, в котором формировалось заболевание, и выраженностью патологической активности. В группе больных, у которых алкоголизм сформировался до 20 лет, изменения электрической активности встречаются чаще, носят более грубый характер, у них чаще выявляются патологические знаки по органическому типу и пароксизмальные разряды, свидетельствующие о повышенной судорожной готовности.

Эти наблюдения находят отражение в клинической картине алкоголизма у больных I и II групп. Хотя в момент записи электроэнцефалограмм клинические проявления абстинентного синдрома были купированы, но в предшествовавший период при выраженной абстиненции у больных алкоголизмом, формирование заболевания у которых произошло до 20 лет, состояние характеризовалось резкими нарушениями как в соматo-вегетативной сфере (тремор, гипергидроз, повышение артериального давления, тахикардия и др.), так и в психическом состоянии (депрессия с дисфорической окраской и тревогой, адинация, безучастность). Абстиненция включала расстройство всех фаз сна и затягивалась на продолжительное время. Последствия тяжёлых абстинентных состояний у этих больных находят отражение в длительно сохраняющихся аномалиях на электрокардиограммах, вазограммах, треморограммах. На электроэнцефалограммах этой группы больных также были выявлены более грубые изменения.

У больных алкоголизмом, у которых заболевание формировалось после 20 лет, абстинентые состояния характеризовались меньшей тяжестью проявлений отдельных симптомов и менее значительными изменениями на электроэнцефалограммах.

Таким образом, проведённое исследование электрической активности мозга у больных алкоголизмом, у которых заболевание сформировалось в юношеском возрасте, показало, что наступающее утяжеление клинической картины заболевания на третьем-четвёртом десятиле-

тии жизни больного сочетается с более значительной выраженностью патологической активности на электроэнцефалограммах, по сравнению с теми больными алкоголизмом, у которых заболевание сформировалось после 20 лет.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В г.МОСКВЕ В 1976-1981 гг.

Мирошниченко Л.Д., Творогова Н.А.,
Ураков И.Г.

Распространённость алкоголизма среди женщин имела всегда меньшие масштабы, чем среди мужчин. Однако повсеместно в различных странах отмечается сближение этих различий. В 50-60-х годах в ряде развитых стран соотношение мужчин и женщин в контингенте больных алкоголизмом оценивалось как 5:1. В настоящее время это соотношение оценивается как 3:1, а в некоторых случаях даже 1:1 (выборочные оценки в городах США, 1981). В сельской местности женский алкоголизм распространён в значительно меньшей степени, чем в городе.

Выравнивание половых различий в распространённости алкоголизма при одновременном росте исследователи объясняют различными факторами: изменением социальных норм и социально-экономического положения женщины, увеличением числа семей с доминирующим положением женщины, растущей частотой распада семей, другими кризисными ситуациями в личной жизни женщины и т.д. Вместе с тем отмечается и возможность недостаточного выявления алкоголизма среди женщин за счёт так называемого "скрытого женского алкоголизма", менее жесткого контроля у женщин в связи с профессией и др.

В данной работе проведено сравнение выявленной заболеваемости у женщин и мужчин в целом по г.Москве в динамике с 1976 по 1981 год (использованы материалы по взятым на диспансерный учёт больным впервые в жизни в течение каждого года, полученные с помощью информационной системы, функционирующей во ВНИИ общей и судебной психиатрии им.В.П.Сербского).

В 1976 году среди вновь выявленных больных алкоголизмом соотношение мужчин и женщин составило 7,7 : 1 (по абс.дан), в 1981 году оно изменилось незначительно - 7,6 : 1. При этом абсолютное число выявляемых больных алкоголизмом выросло тоже незначительно. Следует отметить, что как раз в этот период происходило интенсивное развитие созданной в 1976 году специализированной наркологической службы, что значительно повысило возможности более полного и своевременного выявления больных алкоголизмом. Число врачей-наркологов, к примеру, в г.Москве с 1976 по 1981 год почти удвоилось.

Если учесть рост населения, т.е. рассчитать число выявленных больных на 100 тысяч мужского или женского населения, то оказывает-

ся, что полученный таким путем показатель учтенной заболеваемости проявил еще меньший рост, чем абсолютные цифры, причем у женщин меньше, чем у мужчин.

Следовательно, нет оснований говорить об ускоренном, по сравнению с мужчинами, росте женского алкоголизма в рассматриваемом периоде.

Вместе с тес в структуре выявляемых больных произошли довольно большие благоприятные изменения, являющиеся, на наш взгляд, отражением роста интенсивности наркологической помощи. В 1976 году среди выявленных в г.Москве больных алкоголизмом заметную долю составили больные с Ш стадией, что говорило о запоздалом выявлении существенной части больных. Причем у женщин эта доля была выше, чем у мужчин (соответственно 22,2% и 16,8% от выявленных больных). Выявленных больных в I стадии алкоголизма не было совсем.

В 1981 году доля Ш стадии как среди женщин, так и среди мужчин резко упала (соответственно до 1,1% и 2,1%), одновременно появились больные, выявляемые в ранней I стадии алкоголизма (составившие соответственно 6,1% и 3,2%).

Таким образом, наблюдаемая динамика позволяет сделать сделать следующие предположения. Во-первых, более раннее и более своевременное выявление больных алкоголизмом (о чем говорит практическое исчезновение Ш стадии) не сопровождалось заметным ростом общего числа выявляемых больных, что может свидетельствовать об определенной стабилизации заболеваемости населения алкоголизмом на достигнутом уровне. Во-вторых, исчезновение Ш стадии алкоголизма также и среди выявляемых больных женщин и более слабый рост при этом показателя учтенной заболеваемости не дает оснований предполагать; что существует какой -то достаточно большой дополнительный "скрытый резерв" заболеваемости алкоголизмом в женском населении г.Москвы по сравнению с мужским. Хотя, конечно, определенное количество невыявленных больных алкоголизмом имеется.

В связи с проблемой полноты выявления больных алкоголизмом нельзя не отметить, что определенное запаздывание их выявления наркологической службой, безусловно, еще имеет место. В 1976 году у 19,1% вновь выявляемых в г.Москве больных женщин и у 14,6% мужчин алкоголизм был осложнён алкогольным психозом. В 1981 году доля таких больных несколько снизилась, но была еще достаточно значительной: соответственно 15,8% и 13,3%.

Однако более раннее выявление больных алкоголизмом, чего необходимо добиваться и в последующие годы, вряд ли, по нашему мнению, сильно повлияет на имеющееся сейчас соотношение выявленных больных

мужчин и женщин. Рассмотренные данные позволяют предположить, что при сложившейся эпидемиологической ситуации соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин в населении близко к тому, что отмечается среди учитываемых диспансерами больных, т.е. 7-8:1, что значительно отличается в сторону меньшей доли женщин от регистрируемых сейчас соотношений в крупных городах развитых стран.

В заключение можно добавить, что женский алкоголизм, по общепринятому мнению, формируется в среднем несколько позже, чем мужской, и поэтому в старших возрастах можно было бы ожидать некоторого выравнивания в численности выявляемых больных мужского и женского пола. Действительно, в 1976 году различие в численности мужчин и женщин в возрастной группе 50 лет и старше было меньше, чем во всех возрастах в целом, а именно в этой группе больных алкоголизмом женщин было лишь в 5,5 раз меньше, чем мужчин, по сравнению с 7,8 раз для всех возрастов. Однако, в 1981 году эти возрастные различия нивелировались. В возрасте 50 лет и старше соотношение мужчин и женщин было близким к общевозрастному соотношению (соответственно 8,4 : 1 и 7,7 : 1).

К ВОПРОСУ О КЛИНИКЕ ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА

Найденова Н.Г.

Важность проблемы подросткового алкоголизма для практического здравоохранения трудно переоценить, поскольку злоупотребление алкоголем вызывает у подростков быструю инвалидизацию психического и нравственного здоровья, социальную декомпенсацию.

Однако проблема эта стала актуальной сравнительно недавно, в связи с чем большинство работ по исследованию подростково-юношеской алкоголизации отражают в основном социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты. Все исследователи в этой области справедливо считают, что в развитии подросткового алкоголизма главную роль играют - нарушение структуры и функции семьи (Кербиков О.В., 1971; Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973; Болотова З.Н., 1973; Запорожченко В.Г., Копыт Н.Л., 1975; Найденов О.Ф., Найденова Н.Г., 1977; Сидоров П.И., 1979 и др.), а также конституционально-биологические и наследственные факторы (Ураков И.Г., Голоненко И.М., 1971; Энтин Г.М., 1972; Стрельчук И.В., 1973; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980 и др.).

Клиническим аспектом подросткового алкоголизма уделено внимания сравнительно меньше, однако авторы отмечают быстрое становление заболевания, тенденцию к злокачественному течению, быструю деградацию и социальную декомпенсацию (Литвинов П.Н., 1968; Данилова Е.А., 1974; Короленко Ц.П., 1979 и др.).

Наши наблюдения касаются исследования некоторых клинических особенностей подросткового алкоголизма и в частности алкогольного абстинентного синдрома. Однако, мы считаем, что прежде следует дать характеристику обследуемых больных. Это 30 подростков, в возрасте 15-17 лет на момент обследования, без соматического отягощения.

Начало употребления спиртного падало на 10-12 лет, являясь одной из форм нарушения поведения. У всех обследуемых подростков с рождения действовали уже известные факторы - наследственно-биологические, нарушение структуры и функции семьи. Примечательно, что отцы наших пациентов злоупотребляли алкоголем уже во 2-ом поколении, т.е. эти отцы также имели неблагополучную алкогольную наследственность. Причём и матери обследуемых подростков в 20 случаях имели отцов-алкоголиков. По своей профессиональной занятости отцы, в основном рабочие - с высокой квалификацией - 8 чел., с низкой - 16 чел., тунеядцев - 3 чел. и 3 отца находились в заключении за

хулиганство. На момент обследования 9 отцов в семьях не жили, но в 4 случаях подростки продолжали поддерживать отношения со спившимися отцами. Матери наших пациентов в 5 случаях злоупотребляли алкоголем и в 2-х были лишены родительских прав. По профессии - 19 рабочих, 9 служащих без высшего образования и 2 с высшим. Во всех этих семьях наши подростки воспитывались в условиях конфликтов, скандалов, напряженных отношений между родителями, где за воспитание детей практически не следили, или требования были со стороны родителей диаметрально противоположными.

Описывая так подробно семьи наших обследуемых, хочется подчеркнуть, что конфликтное взаимоотношение членов семьи приводит к неправильному воспитанию детей, способствует патологическому формированию личности, неправильным представлениям об окружающем мире, недоразвитию морально-этических установок.

Наши обследуемые в 22 случаях с детства обнаруживали патологию поведения: в дошкольных учреждениях - возбудимость, драчливость, неуживчивость в детских коллективах, непослушание; в школе - неусидчивость, драчливость, агрессивность, злостные прогулы, непризнание авторитета взрослых, бродяжничество, хулиганство. Эти дети могли и должны были бы своим поведением обратить на себя внимание воспитателей, педагогов, врачей с тем, чтобы вовремя оказать помощь и предотвратить дальнейшее асоциальное поведение.

На момент обследования (15-17 лет) 15 человек были учащиеся ГПТУ, 7 человек работали учениками на заводах, 7 - не работали и не учились, 1 - учащийся средней школы. Из 26 подростков 19 человек кончили 9 классов, 8 человек - 7 классов и 2 - вспомогательную школу, 1 человек учился в школе.

По характерологическим данным в преморбиде подростки имели психопатические черты характера - аффективно-неустойчивые в 14 случаях, истерические - в 5 случаях, эпилептоидные - в 4. 2 подростка были с задержкой умственного развития, в степени умеренно выраженной дебильности. И лишь 5 пациентов имели комфорный тип характера.

Употребление спиртного началось с 10-12 лет в компании подростков. Первоначальные дозы - 50,0-100,0 красного вина. Затем употребление алкоголя зависило от того, как часто принималось спиртное в компании или группе, к которой принадлежал подросток. От первого приема спиртного до начала систематического пьянства обычно проходило 1-3 года - этап становления психической зависимости от алкоголя.

В наших наблюдениях систематический прием спиртного - 2-4 раза в неделю - начинался с 12-летнего возраста у 15 подростков, выделен-

ных нами в I-ю группу наблюдения, и с I4-I5-летнего возраста у I5 пациентов, выделенных во П-ю группу.

В I-й группе к началу систематического приема толерантность оставалась невысокой - 300-500 грамм вина на прием, пациенты продолжали употреблять дешевое, красное вино. Во П-й группе подростки сказывали предпочтение водке и доза составляла 200-400 грамм на прием. В состоянии опьянения подростки становились шумными, расторможенными, проказливыми: нередко ввязывались в драки.

В I-й группе через 2-3 года, а во П-й через I-2 года систематического пьянства менялась форма потребления спиртных напитков и пьянство становилось ежедневным. Возрастала и толерантность: в I-й группе до 500-750 грамм крепленого вина, во П-й до 400-800 грамм водки на прием. Во П-й группе толерантность приближалась к переносимости взрослых.

Влечение к алкоголю с первой же дозы приобретало характер компульсивности и приводило к потери количественного контроля.

Менялась и форма опьянения. В состоянии опьянения у 22 подростков отмечалось усиление раздражительности, появлялась придирчивость, злобность, агрессивность, драчливость. У 8-и подростков отмечалось эйфорическое настроение с расторможенностью, дурашливостью и быстрой сменой аффектов. Именно в таком состоянии опьянения подростки не контролировали свои действия и привлекали к себе внимание органов охраны общественного порядка, окружающих. Из-за неправильного поведения попадали в милицию, вытрезвитель. В состоянии опьянения подростки совершали хулиганские поступки, кражи и тяжелые правонарушения.

В своей статье мы хотели осветить клинику абстинентного синдрома, наименее описанную из всех клинических проявлений подросткового алкоголизма.

Из 30 подростков только II пациентов из П-й группы отмечали у себя похмельные признаки по утрам - раздражительность, головную боль, тремор, потливость, отсутствие аппетита. Из них два I7-летних пациента в период воздержания испытывали неопределенные страхи, бессонницу, а перед засыпанием вздрагивания всего тела с приступами сердцебиения и потливости. 5 больных из П группы и I2 пациентов из I группы наблюдения отрицали похмелье, мотивируя свое ежедневное пьянство "сильной тягой" к спиртному. Остальные 4 пациента из I группы отмечали: "пью чтобы не болела голова".

По нашим наблюдениям, в I группе у пациентов через 6-I2 часов после воздержания от алкоголя появлялась раздражительность, эмоциональная неустойчивость и умеренно выраженное влечение к алкоголю -

на 2 балла. (степень компульсивного влечения к алкоголю мы отражали по 3-х бальной системе, где I балл - влечение выражено слабо, 2 балла - средне и 3 балла - влечение интенсивно). Спустя сутки у всех I5 пациентов на первый план выступало интенсивно выраженное компульсивное влечение к алкоголю, которое больными не осознавалось, и сопровождалось расстройством аффективной сферы и поведения. Пациенты были крайне раздражительны и легко возбудимы, грубы, временами плаксивы и злобны, держались вызывающе, требовали выписки. В беседе не принимали никаких доводов и убеждений в пользу лечения, не считали себя больными. Из соматовегетативных нарушений обнаруживали - небольшое повышение артериального давления, умеренную потливость конечностей, негрубый крупноразмашистый тремор вытянутых рук, умеренную тахикардию. Из жалоб - только в 4-х случаях из I5 - на головную боль. У всех больных было нарушено засыпание, продолжительность сна около 5-6 часов. На 3 сутки соматовегетативные знаки абстинентного синдрома самостоятельно (больные не лечились) купировались, но компульсивное влечение (2 балла) сохранялось в течение всего пребывания в стационаре (до месяца). Влечение к алкоголю выражалось готовностью к раздражительности, грубости, нежелании лечиться, неподчинению режима, отсутствии критики к своему заболеванию.

У пациентов П-ой группы явления абстиненции возникали спустя 6 часов после воздержания и проявлялись подавленным, тоскливым настроением с раздражительностью и выраженным компульсивным влечением (2-3 балла). Пациенты П-й группы не скрывали своего желания принять алкоголь, считая, что алкоголь облегчит их состояние. К концу первых суток абстиненции появилась головная боль, выраженная потливость, крупный тремор рук, отсутствие аппетита, нарушение сна, повышалось артериальное кровяное давление. В настроении появлялся тоскливо-злобный аффект или апатия с недовольством и угрюмостью, усиливалось компульсивное влечение к алкголю до 3-х баллов. Пациенты требовали выписки, отказывались от лечения.

Первые 2-3 дня абстиненции сон был по 4-5 часов, с затрудненным засыпанием, иногда со вздрагиванием всего тела во время засыпания. Во сне кошмары, страхи.

Явления абстиненции с 3-4 дня шли на убыл: исчезали головные боли, улучшалось настроение, появлялся аппетит, проходила потливость, тремор, выравнивалось артериальное давление, улучшался сон, послаблялось компульсивное влечение. Однако влечение к алкоголю, как и в I-й группе, сохранялось, на уровне I-2 баллов, на весь период пребывания в стационаре.

Таким образом, физические симптомы абстиненции у подростков I группы выражены слабо, нечетки, неосознаны самими пациентами и зауалированы поведенческими реакциями, что затрудняет диагностику заболевания и тактику лечения.

У больных II группы симптомы абстиненции приближаются к симптоматике взрослых пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом. Однако наличие стойко выраженного компульсивного влечения к алкоголю, оставшегося после купирования абстиненции, мешает формированию ремиссии и приводит к возврату злоупотребления, что заставляет искать новую тактику в лечении подросткового алкоголизма.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Нижниченко Т.И.

Обследовано без выборки 100 мужчин в возрасте от 18 до 26 лет по мере их госпитализации в связи с алкогольными психозами. Для более объективного суждения о преморбидных личностных особенностях были получены характеристики из школ, где учились больные. Только у 14 больных до начала злоупотребления алкоголем отсутствовали патологические черты характера. Доалкогольные психопатические, психопатоподобные проявления и виды акцентуации личности позволяли отнести большинство больных к кругу неустойчивых и лиц с психастеническими чертами характера. У 6 больных диагностирована олигофрения в степени бебильности, у них отмечалась задержка физического, интеллектуального развития и речи. Церебральные травмы до возникновения алкоголизма перенесли 7 больных, 6 человек страдали тяжелыми соматическими заболеваниями.

Больные с акцентуацией характера по типу неустойчивости в детстве росли излишне шаловливыми, стремились к общению с детьми любого возраста, всегда находились в кругу знакомых детей и взрослых, среди друзей, с большой готовностью принимали участие в различных занятиях. Много времени проводили на улице, играя с детьми в подвижные игры. Со стороны родителей внимание не пользовались, как правило, в детских яслях и садах. Быстро переключались под влиянием окружающих с одной игры на другую. Отличались неусидчивостью, что было особенно заметно, если участвовали в тихих, спокойных играх. Характерным было стремление к подвижным играм, озорству. Желание учиться почти у всех отсутствовало. Среднюю успеваемость учителя объясняли отсутствием достаточного старания, прилежания, усердия в освоении школьной программы. В начальных классах на уроках были спокойны, хотя и недостаточно внимательны, легко отвлекаемы. Сосредоточиться на длительное время могли не всегда. На переменах никогда не бывали одни, сразу старались включиться в шумные, азартные игры, любили пустую болтовню, могли без труда чем-либо прихвастнуть, подражая в манере себя вести кому-нибудь из отсутствующих детей. Некоторые были уравновешены, добры, защищали малышей, если это было принято в той компании, в которой они проводили время. Могли всем пожертвовать, чтобы таким путём "завоевать расположение" определенной группы детей. Успеваемость снижалась с 4-5 класса, в основном за счёт плохой дисциплины и снижения интересов к изучав-

шимся предметам. Посещение школы становилось неприятной обязанностью, от которой пытались уйти любыми способами. Увлекались спортом, играми, проводили время в веселых компаниях вместо того, чтобы посещать школу. В старших классах дисциплину нарушали чаще, пропуски уроков без причины становились системой. Обследуемых ставили на учёт в детской комнате милиции за "штучки" в школе. Они становились постоянными членами многочисленной компании, которая вела"свободный" образ жизни. Большую часть времени проводили в этой компании, часто встречались в интимной обстановке, употребляли спиртные напитки, вели себя по отношению к посторонним вызывающе,с угрозами приставали к прохожим, учиняли драки. Со службой в Советской армии справлялись без особых трудностей.

Больные с психастеническими чертами характера в раннем детстве росли задиристыми, подвижными, общительными, мягкими, внушаемыми. К школе готовились как к новому жизненному этапу. В младших классах пропадала задиристость, озорство, становились робкими и стеснительными, неуверенно отвечали хорошо выученный урок. Успеваемость была хорошей. С 3-4 класса большую часть времени проводили за уроками, несмотря на развитый интеллект и хорошие способности. Учителя оценивали их как послушных и усердных. В старших классах пытались заняться спортом, могли годами выбирать каким именно. Затем, наконец, решившись, начинали бок менять на лыжи, лыжи на стрельбу и т.д., считая себя недостаточно способными. Иногда увлекались игрой в карты, начинали принимать наркотики, за что ставились на учет в отделение милиции. Служба в рядах Советской армии проходила без особых трудностей, период адаптации был недлительным. Трудовая деятельность начиналась с рабочей должности. Работа нравилась, но нередко возникали мысли поискать что-нибудь другое, что принесет "больше наслаждения". Неоднократно советовались, интересовались условиями труда, узнавали о различных специальностях, но так ни к какому окончательному решению прийти не могли. Возникало много сомнений, опасений, колебаний, которые мешали принять конкретное решение. Никак не могли решиться на брак даже с любимой девушкой.

Больные с истероидными чертами характера в детском возрасте росли общительными, подвижными, любили красиво одеться, были чрезмерно аккуратны. Круг детей для общения выбирали себе сами, старались привлечь их внимание своими выдумками, каким-нибудь умением. В школьные годы хорошие умственные способности давали возможность большую часть времени заниматься спортом. Во время тренировок особых усилий не прикладывали; пропуская занятия, ожидали высоких ре-

зультатов. Неудачи не приносили разочарования, быстро принимали решение поменять свое увлечение на какое-нибудь другое, где возможность "себя проявить" была столь же желанна. Хорошие математические способности давали возможность поступления в техникум сразу после окончания 10 классов. Через год-два внезапно прекращали учебу в техникуме Также внезапно покидали дом, родных, уезжали в другой город. Все это повторялось неоднократно, все время искали "романтику". Постоянного места работы не было, частые увольнения всегда объясняли выдуманными "уважительными" причинами (тежеляе условия труда, невозможность приспособиться к коллективу и т.д.). От родных и знакомых постоянно требовали к себе повышенного внимания, особого отношения, с наслаждением слушали рассказы о себе, которые ранее ими же были несколько приукрашены.

Больные без патологических черт характера и акцентуации личностных особенностей в раннем детстве развивались правильно, своевременно начинали ходить и говорить. Детские инфекции у них протекали без осложнений.

В дошкольном возрасте росли ласковыми, послушными, спокойными, умеренно подвижными. В младших классах становились более бойкими, смелыми, общительными. В начальных классах учились хорошо. С 5 класса нарушалась дисциплина, начинали чаще отвлекаться на уроках, опаздывали на занятия, много времени проводили сосверстниками на улице (играли в футбол, хоккей, устраивали велосоревнования и т.д.). После окончания 8-10 классов начиналась трудовая жизнь. К своим обязанностям относились добросовестно, старались освоить специальность, мечтали продолжить учебу, повысить квалификацию, строили планы на будещее. Со всевозможными поручениями, обязанностями справлялись хорошо, взаимоотношения с товарищами по работе и администрацией были хорошими. Служба в рядах Советской армии протекала с определенными трудностями, с которыми они, прилагая усилия, успешно справлялись. После возвращения из армии большинство вернулось на прежнее место работы, продолжали дружить со школьными и вновь приобретенными друзьями. Первые годы встречались а армейскими сослуживцами, поддерживали с ними переписку,

Большинство больных начинало употреблять спиртные напитки в возрасте от 12 до 15 лет, а злоупотреблять - в возрасте от 16 до 19 лет. Алкоголизм развивался ускоренными темпами с очень быстрым формированием патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома, со склонностью к безремиссионному течению.

Таким образом, в отличие от больных алкоголизмом старших возрастов только 14% обследованных до начала злоупотребления алкого-

лем не обнаруживали признаков акцентуации личности и патологических черт характера. Преобладали в отличие от больных алкоголизмом старших возрастов личности и патологических черт характера. Преобладали в отличие от больных алкоголизмом старших возрастов личности из круга неустойчивых и лица с психастеническими чертами характера.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОАНАЛЬГЕЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН

Никитин Ю.И., Герасимов Н.П., Кривонос З.Г., Фарнасова И.В.

В литературе встречается большое число исследований, свидетельствующих о неблагоприятном течении алкоголизма у женщин, быстром наступлении у них тяжелых биологических и социальных последствий заболевания. В женском алкоголизме существенную роль играют врожденные или приобретенные характерологические особенности личности больных, наряду с частыми и тяжелыми психотравмирующими факторами (Романова М.В., 1971; Стрельчук И.В., 1973; Лукомский Н.Н., Никитин Ю.И., 1977; Качаев А.К., 1980).

В клинике алкоголизма у женщин наблюдается лабильность аффекта с преобладанием подавленного настроения, раздражительность, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, нарушение сна, вялость, головные боли, часто возникают тяжелые соматические и неврологические расстройства. На этапе первой стадии заболевания преобладает астенический симптомокомплекс: слабость, утомляемость, раздражительность, неустойчивое настроение. Нарушения со стороны внутренних органов носят функциональный характер и проявляются неприятными ощущениями в области сердца, лабильностью артериального давления, головными болями. Интенсивность патологического влечения к спиртному невелика, но оно легко возникает при появлении подавленного настроения или под влиянием ситуационных моментов (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973).

Абстинентный синдром формируется быстро и протекает со значительными вегетативными расстройствами, с тяжелой астенией и депрессивной окраской переживаний. Патологическое влечение к алкоголю на этапе второй стадии алкоголизма более стойкое. Быстро утрачивается количественный контроль. Алкогольная деградация выражается в лживости, снижении критики к своему состоянию, сужении круга интересов, интеллектуально-мнестических нарушениях. Значительно усиливаются аффективные расстройства с преобладанием депрессии, тоски, плаксивости, часто нарушается сон (Шумский Н.Г., 1974).

Исследователями, проведенными в последние годы, установлено, что применение центральной электроанальгезии (ЦЭА) при различных заболеваниях приводит к нормализации вегетативных расстройств у больных, способствует снижению эмоционального напряжения, ослаблению чувства страха, беспокойства, тревоги (Костр́убин Э.М. с соавт.), 1979 г.).

Были исследованы 37 женщин, больных алкоголизмом, в возрасте от 25 до 50 лет, находящихся на стационарном лечении, из них у 6 больных диагностирован алкоголизм первой стадии, у 31 - второй стадии. Длительность заболевания составляла от 3 до 7 лет. Учитывая, что для больных алкоголизмом женщин характерны аффективные расстройства, сочетающиеся с многочисленными вегетативными нарушениями, при проведении комплексного лечения больных алкоголизмом женщин мы применяли метод центральной электроанальгезии. Противоалкогольное лечение больных в стационаре осуществлялось в соответствии с регламентациями Министерства здравоохранения СССР.

Центральная электроанальгезия проводилась с использованием аппарата ЛЭНАР, который представляет собой генератор импульсных токов прямоугольной формы с частотой от 100 до 2000 гц и длительностью импульса от 0,1 до 0,5 сек. Электроды накладывались на область лба и под сосцевидными отростками в области шеи. Используя плавную регулировку частоты импульсов, постепенно силу тока доводили до 1 ма. При этом у больных не должно возникать никаких болевых или неприятных ощущений в области наложенных электродов. Время экспозиции тока составляло от 30 до 40 мин. Курс лечения включал в себя 6 ежедневных процедур.

Начиная с третьего сеанса у больных значительно улучшалось общее состояние, снималось эмоциональное напряжение, они испытывали ощущение "внутренней расторможенности, легкости". К концу лечения фон настроения у больных выравнивался, исчезали различные вегетативные расстройства. У больных с повышенными цифрами артериального давления наступал отчетливый гипотензивный эффект, улучшался сон, исчезало чувство страха, тревоги, беспокойства. Больные становились спокойными и уравновешенными. Патологическое влечение к спиртному значительно ослабевало.

В результате проведенного лечения с использованием метода ЦЭА был достигнут положительный эффект у больных с первой стадией алкоголизма, который выражался в быстрой ликвидации астенической, аффективной вегетативной симптоматики. У больных женщин со второй стадией алкоголизма применение метода ЦЭА, наряду с вышеуказанным эффектом, позволило ускорить купирование абстинентного синдрома.

Вместе с тем у 6 из 37 больных после двух сеансов ЦЭА возникали нестойкие побочные явления, продолжавшиеся в течение 2-3 часов. Все эти больные в прошлом перенесли черепно-мозговую травму. Соответственно на электроэнцефалограммах у них выявились нарушения электрической активности, характерные для органического поражения мозга.

Высокая чувствительность к применению ЦЭА у больных алкоголизмом женщин с самыми незначительными проявлениями органического поражения центральной нервной системы в ряде случаев позволила выявить скрытые формы органической недостаточности.

При применении ЦЭА в комплексном противоалкогольном лечении случаев негативного отношения к терапии, нередко возникающих у больных при проведении других видов активной терапии, не наблюдалось.

ФОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Нижниченко Т.И.

Обследовано без выборки 100 мужчин в возрасте от 18 до 26 лет, перенесших острые алкогольные психозы. Чаще всего встречались два типа акцентуаций характера: неустойчивый и психастенический, у 12 больных диагностирована психопатия , у 6 - олигофрения в степени дебильности. Систематически употреблять спиртные напитки начали в среднем в 15,6 лет, злоупотреблять алкоголем - в 17,4 лет. Та или иная дополнительная патология при сформировавшемся алкоголизме обнаруживалась у 66 больных. К моменту обследования среди сопутствующих заболеваний преобладали болезни желудочно-кишечного тракта (81,8%), реже встречалась патология органов дыхания. Среди заболеваний нервной системы неалкогольной этиологии преобладали последствия черепно-мозговой травмы (10 больных). В 15 наблюдениях диагностирован хронический алкогольный гепатит.

Начало регулярного употребления спиртных напитков совпадает с началом трудовой деятельности. Поэтому начало систематического употребления алкоголя, как правило, можно связать с частым пребыванием в постоянной компании "друзей", не имеющих серьезных интересов, желанием подражать им, не казаться моложе. Пьянству способствовали хорошая переносимость алкоголя, отсутствие серьезных интересов и увлечений, недостаточный контроль за поведением со стороны родителей. Алкоголь употреблялся в течение 1-2 дней с более или менее длительными перерывами. Употребление спиртных напитков не всегда имело целью привести себя в состояние выраженного опьянения. Могли одну бутылку вина распить на 7-8 человек. В таких случаях доза алкоголя не превышала 70 мл и возникавшее приподнятое настроение, выражавшееся в веселости, речевой и двигательной активности, держалось не более 3 часов.

Злоупотребление алкоголем начиналось (употребление опьяняющих доз алкоголя не реже 2-3 раз в неделю) тем быстрее, чем меньший срок оставался до достижения совершеннолетия. Несмотря на раннее начало трудовой деятельности и регулярное употребление спиртных напитков с сослуживцами началу злоупотребления алкоголем прежде всего способствовали алкогольные традиции в семье, то есть семейный микроклимат. Отец, братья, нередко и матери приглашали после работы принять участие в застолье, сама "пьяная" обстановка действовала раздражающе, пробуждала желание "слиться" с окружающими. Второе

место среди причин начала злоупотребления алкоголем занимали особые условия жизни и работы. Вступление в рабочий коллектив способствовало изменению частоты употребления алкогольных напитков. Если до этого периода "дворовые" компании, где употребляли алкоголь, собирались от случая к случаю, то на рабочем месте коллектив был постоянным и всегда наши пациенты были "окружены вниманием" злоупотребляющих алкоголем сослуживцев. Не был забыт и круг прежних знакомых. Больные стремились так обставить общение с окружающими, начать беседу, серьезный разговор, чтобы предварительно выпить вино или водку.Никогда не отказывались от предложения принять участие в распитии спиртного. Считали даже лестным такое предложение, гордились тем, что их "не обошли", "не забыли". Видимо, в силу определенного воспитания, отсутствия серьезных интересов, некоторых личностных особенностей (общительность, конформность) считали естественным такой образ жизни. "Почему не выпить, когда собираются люди? Разговор лучше начнет склеиваться, веселей будет". Лица, постоянно менявшие место работы, устраивались подсобными рабочими, имели свободный доступ к спиртным напиткам, легко попадали под влияние окружающих, заводили новые сомнительные знакомства, быстро соглашались на частые "угощения". Если в новой компании усиливались стеснительность, неразговорчивость, появлялось ощущение неловкости, то все это сразу исчезало после приема спиртного. Поэтому стремившиеся к разнообразному общению старались с помощью как можно более быстрого приема алкоголя избавиться от непривычного самочувствия. Для внушаемых, легко подчиняемых лиц пример сослуживцев, злоупотребляющих алкоголем, являлся заразительным. У каждого больного причины, приведшие к злоупотреблению спиртными напитками, многочисленны: здесь и влияние семейного алкогольного микроклимата, и недостатки воспитания, отсутствие стойких и серьезных интересов, тяготение к общению с лицами, отличающимися психопатоподобным поведением.

В течение нескольких месяцев злоупотребление алкоголем у многих больных становилось непрерывным. Больные ежедневно на протяжении недель и месяцев употребляли спиртные напитки в больших дозах. 13 % больных употребляли алкоголь ежедневно на протяжении 5–7 лет. В 44% наблюдений отмечалось периодическое запойное пьянство, в 43 % наблюдений – в виде псевдоипсоманий. Псевдозапоями обозначается периодическое многодневное употребление алкоголя, прерываемое в связи с внешними обстоятельствами; под истинными запоями подразумевается периодическое, часто циклическое многодневное употребление спиртных напитков, оканчивающееся в результате нарастающей во время запоя интолерантности к алкоголю. Запои начинались с неудержимого влече-

ния к алкоголю, которое возникало спонтанно или появлялось после употребления небольшой дозы спиртного. Максимальная продолжительность запоев не превышала 35 дней. В среднем через 3 года после начала систематического злоупотребления алкоголем происходило изменение формы потребления алкоголя (увеличивалось количество больных, ежедневно употребляющих алкоголь и в виде "истинных запоев"). Запои с максимальной продолжительностью возникали у больных до 3-4 раз в год, запои продолжительностью до 7-10 дней - до 2 раз в месяц. В первые дни запоя спиртные напитки употреблялись до 6-7 раз в сутки, к концу запоя до 2-4 раз. К концу запоя самочувствие ухудшалось незначительно, появлялось ощущение насыщения алкоголем, влечение к алкоголю с каждым днем все уменьшалось. Раздражительность и снижение аппетита больных не беспокоили. На работу во время запоев ходили редко, предпочитали вести праздный образ жизни, о последствиях пьянства не задумывались. Говорили родственникам, что "работа никуда не уйдет, еще всю жизнь придется вкалывать", "могу и перерыв сделать". Если иногда были вынуждены ходить на работу, то делали это без заметных усилий, но и без всякого желания. Все больные пили в компании случайно встреченных людей. Случаев одиночного пьянства не было. Истинные запои продолжительностью до 10 дней чередовались со светлыми промежутками, не превышавшими 3-5 дней. Псевдозапои возникали достаточно регулярно и всегда были связаны с обстоятельствами, способствовавшими пьянству и позволявшими злоупотреблять алкоголем (получение денег, день выдачи зарплаты). Падения толерантности во время псевдозапоев не отмечалось. После вынужденного внезапного прекращения пьянства в связи с внешними обстоятельствами абстинентные проявления были достаточно хорошо выражены и держались примерно в течение недели, продолжало мучить желание выпить, но влечение к опьянению было значительно менее интенсивным, чем у больных, страдавших истинными запоями. Оно в течение дня было непостоянным, различным по своей структуре. Утром больные могли ощущать желание выпить из-за называемой физической потребности, вечером возникшее влечение к алкоголю сопровождалось главным образом навязчивыми представлениями о встрече с друзьями, стремлением к привычному времяпрепровождению и наоборот. Психологическая зависимость от алкоголя в равной степени с физической зависимостью определяли состояние больного.

Ежедневное употребление спиртных напитков сопровождалось кратковременным умеренно выраженным синдромом похмелья. В среднем через 3 года абстиненция значительно утяжелялась и требовалось большее количество алкоголя для купирования похмелья. Прием большого

количества алкоголя иногда приводил к состоянию опьянения и способствовал продолжению пьянства.

Форма потребления алкоголя оставалась неизменной после первого алкогольного психоза, после неоднократных психозов группа больных с запоями возросла на 16 человек, с псевдозапоями - на 6 человек, а количество ежедневно употреблявших алкоголь вдвое уменьшилось. Продолжительность запоев и частота их возникновения не изменялись на протяжении 1-5 лет после первого алкогольного психоза.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Полубояринов А.А., Шосталь С.А.

Отрицательное отношение больных алкоголизмом к противоалкогольному лечению, как известно, с особой силой проявляется у лиц подростково-юношеского возраста, в первую очередь за счет присущих им общих негативистических тенденций. В этой связи актуальными являются поиск и разработка таких методов лечения, применение которых не вызывает значительного противодействия со стороны больных алкоголизмом молодого возраста. Важное место в ряду таких методов занимает иглорефлексотерапия. В последние годы иглорефлексотерапия широко используется при лечении многих заболеваний, сопровождающихся развернутой сомато-вегетативной и аффективной симптоматикой. Весьма существенно, что этот метод лечения почти не имеет противопоказаний. Однако до настоящего времени показания к применению иглорефлексотерапии и особенности ее проведения у больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста остаются недостаточно разработанными.

С целью разработки методики иглорефлексотерапии при проведении противоалкогольного лечения больных молодого возраста нами были исследованы в период стационарного лечения 22 больных в возрасте от 16 до 25 лет (средний возраст составлял 19,2 ± 0,2 лет). У всех больных была диагностирована I-П стадия алкоголизма. Больные поступали на лечение обычно по инициативе родственников в связи с неправильным поведением в быту в состоянии алкогольного опьянения, из-за частых прогулов на работе или в учебном заведении.

Изучение данных анамнеза показало следующее. Психические заболевания и алкоголизм у родственников были выявлены у 14 исследованных, патология беременности и родов - у 11, тяжелые инфекционные заболевания с церебральной симптоматикой на первых годах жизни - у 3, неполные семьи - у 8, пьянство родителей - у 12 больных. Большинство исследованных с раннего возраста отличались повышенной возбудимостью, неусидчивостью, эмоциональной неустойчивостью. Указанные характерологические особенности заострялись в пубертатном возрасте, что способствовало усилению конфликтов в семье, сказывалось на школьной успеваемости и трудоспособности. Все больные начали злоупотреблять алкоголем в микросоциальных группах с делинквентным поведением. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 2 до 6 лет.

При поступлении в отделение состояние больных определялось наличием патологического влечения к алкоголю и сравнительно нерезко выраженной абстинентной симптоматикой - потливостью, головными болями, легким тремором рук, вегетативно-сосудистой лабильностью, бессонницей, раздражительностью, общим дискомфортом, сухостью во рту, повышенной жаждой. Алкогольные изменения личности едва намечались и ограничивались главным образом эмоционально-волевыми расстройствами и морально-этическим снижением.

Лечение иглоукалыванием проводилось больным с первого дня их поступления в стационар и было направлено в первую очередь на купирование абстинентной симптоматики. Использовался второй вариант тормозного метода. Иглоукалывание проводилось в точках так называемого "общего" действия - хэ-гу, цюй-чи, нэй-гуань, вай-гуань, цзусань-ли, сань-инь-цзяо, гао-хуан, по 2-4 точки на сеанс. Ежедневно проводилось по 2 сеанса (утром и во второй половине дня). Острая абстинентная симптоматика у больных купировалась в течении 2-3 дней. Дольше сохранялась неврозоподобная симптоматика в форме утомляемости, истощаемости, аффективной неустойчивости, поверхностного сна, неприятных ощущений в теле. Продолжение иглоукалывания (I раз в день) по вышеуказанной методике устраняло неврозоподобные нарушения к I0-I5 дню лечения. При этом дополнительно использовались следующие основные точки: при бессоннице - шэнь-май, шэнь-мэнь, тяньцзин, син-цзянь, при головных болях - фэн-фу, бай-хуэй, цуань-чжу, при неприятных ощущениях в области сердца - да-лин, шэнь-мэнь, тунли.

В дальнейшем иглоукалывание применялось при проведении больным активной противоалкогольной терапии. С этой целью в аурикулярную точку диафрагмы вводилась серебряная микроигла. Одновременно с этим больным предлагалось нюхать ватку, смоченную спиртом, и проводилось внушение, направленное на выработку отвращения к алкоголю. После I0-I5 процедур у больных вырабатывалась отрицательная реакция на алкоголь, выражавшаяся в покраснении лица, гримасе отвращения и чувстве тошноты при ощущении запаха спиртного.

Психотерапевтическое воздействие на больных осуществлялось на всем протяжении стационарного лечения. Проведение сеансов иглоукалывания лечащим врачом способствовало налаживанию психотерапевтических отношений с больными.

Таким образом, иглорефлексотерапия может с успехом использоваться при проведении комплексного противоалкогольного лечения больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста в стационарных условиях. Перспективным представляется внедрение этого метода в ам-

булаторную практику для проведения поддерживающего противорецидивного лечения данному контингенту больных.

ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Попова М.С., Волгин В.Я.

Изучение распространенности пьянства и алкоголизма в различных возрастных группах выявило наличие расхождения данных на отдельных территориях. Вместе с тем, тенденция к росту злоупотребления спиртными напитками в более молодом возрасте является общей для любых территорий (Качаев А.К., 1971 и др.). Известно, что рост алкоголизма, как болезни происходит в значительной степени за счет расширения возрастного диапазона, прежде всего его сдвига в сторону молодого возраста (Морозов Г.В., 1980). Интенсивный показатель заболеваемости по одному из районов крупного города за десятилетие в возрастной группе 15-19 лет увеличился в 4 раза (Качаев А.К., 1970). В группе обследованных лиц с бытовым пьянством употребление спиртных напитков в возрасте до 15 лет констатировано у 9,4 %, в 15-16 лет - 15,9 % и в возрасте 17-18 лет - 24,4 %. По данным Лисицина Ю.П. и Копыта Н.Я. (1978) возраст первого приобщения к алкоголю до 16 лет среди обследованных ими лиц составлял 96,2 %, соответственно по возрастным группам: до 10 лет - 3,9 %, 11-15 - 64,4 % и лишь 3,8 % от 16 до 19 лет.

Аналогичные данные приводят и зарубежные авторы (1977) отметил, что среди молодых людей свыше 80 % употребляют алкоголь. , 1978 констатировал, что к 18 годам 90 % учащихся средних школ уже потребляют спиртные напитки, половина старшеклассников употребляют алкогольные напитки 3 раза в месяц, а 6 % - ежедневно. Наряду с этим при эпизодическом употреблении спиртных напитков молодежью констатируются как правило высокие дозы алкоголя (, 1969). Потребление спиртных напитков в раннем возрасте приводит к быстрому перерастанию бытового пьянства в хронический алкоголизм. Установлено, что формирование болезни в возрасте до 21 года составляет существенную долю от всей популяции - 13,2% (Ураков И.Г., 1979).

В связи с этим особого внимания требует изучение условий и факторов, способствующих раннему знакомству и потреблению спиртных напитков.

Настоящее сообщение основано на фрагменте общего эпидемиологического исследования в одном из регионов страны. В крупном городе было проведено обследование лиц подростково-юношеского возраста. В одну группу вошли школьники старших классов, в другую - студенты.

По национальному составу эти группы были смешанными: среди школьников преобладали лица некоренного населения (64% по отношению к 36%), а среди студентов коренное население составило 59%.

Акцентуация характера констатировались с примерно равной частотой 3,5 у школьников и 4,5 - студентов.

Как у школьников, так и у студентов отсутствовали выраженные трудности в выполнении учебного процесса и стрессовые ситуации в 95% и 94%, т.е. обе обследованные группы характеризовались высокой способностью к учебной нагрузке. В обеих группах число лиц, не употребляющих спиртные напитки, невелико. Среди школьников - 28%, среди студентов - 13%, соответственно употребляют спиртные напитки 87% студентов и 72% школьников.

Сравнительная характеристика по различным показателям микросоциального и социально-психологического порядка у школьников и студентов и их значимости в формировании употребления спиртных напитков выявила, как общие тенденции, обусловливающие пьянство, так и трансформацию ведущих мотивов потребления спиртных напитков.

96% обследованных школьников и 87% студентов выросло в семьях, формально соблюдающих обычаи и традиции, существующие в данной местности. Однако к моменту обследования этот уклад уже не соответствовал традиционному в группе студентов в 57%, школьников - 18%. Изначально внутрисемейные установки по отношению к алкоголю или активное противодействие в семьях тех и других как со стороны матери, так и отца были в равной мере недостаточны. Неодобрительное или индифферентное отношение родителей к употреблению спиртных напитков детьми отмечалось лишь в 34% в школьном возрасте и 24,3% - студенческом. Либеральное отношение, повидимому способствует тому, что систематическое употребление спиртных напитков в группе школьников почти совпадает с временем первого знакомства с алкоголем. 48,4% школьников стали систематически употреблять спиртные напитки в 13-14 лет и 25% - в 12 лет. Причем 22% из них употребляют спиртные напитки 1 раз в 2-3 месяца и 6% - раз в неделю. Поначалу прием алкоголя обусловлен компаниями в праздничные дни или другие торжества, независимо от дня недели в кругу постоянных приятелей по месту жительства (36%) или родственников (16%).

Как правило, систематизации алкогольных эксцессов, наряду с ослаблением контроля со стороны родителей, способствовало участие в мужских компаниях и занятия, которым традиционно сопутствовало употребление спиртных напитков(30%). Повидимому этим же объясняется и тот факт, что при предпочтительности употребления сухих вин (46%) довольно большой удельный вес занимает употребление крепких

напитков (24% - коньяк и 22% - водка).

В обследованной группе школьников значительное место среди их увлечений и интересов занимают азартные игры и зрелища (46%), в то время как на чтение художественной литературы приходится 21%.

Следует также подчеркнуть довольно высокие дозы при эпизодическом употреблении спиртных напитков (до 500-600,0 сухого вина или 200-250,0 крепких напитков). Такие показатели отмечены в 85% случаев.

В группе обследованных студентов констатируется большой процент лиц, употребляющих спиртные напитки, но их систематическое употребление приходится на более поздний возраст. В 16-18 лет начали систематически употреблять алкоголь 28,7% и в 19-20 лет - 10,6%. Факторы, обусловливающие систематизацию алкогольных эксцессов, также отличны от школьников. Ведущими являются изменение социального статуса: окончание школы - 15,9%, начало трудовой деятельности - 15,0%. Вместе с тем, несмотря на преобладание у студентов концентрации интересов на производственной учебной) деятельности (30,4%), среди преобладающих интересов остается высоким удельный вес зрелищных мероприятий и азартных игр (соответственно 15,5 и 7,5%). Однако преобладающими партнерами при употреблении алкоголя по-прежнему остаются приятели по месту жительства (49,2%) и учебы (21,2%). Это свидетельствует о том, что прочно сохраняются ранее сложившиеся группы лиц, употребляющих спиртные напитки.

Вместе с тем изменяется предпочтительный вид употребляемых спиртных напитков. Студенты в большей степени употребляют сухие вина (51,5%) при снижении в два раза по сравнению со школьниками крепких напитков (6,8% - водка, 5,3% - коньяк).

Особую группу среди обследованных студентов составили лица, которые обнаруживали первые признаки алкоголизма как болезни (2,5%) Почти у всех отмечались черты акцентуации характера, преимущественно эмоционально-лабильного круга. Наличие спонтанно возникающего первичного влечения к алкоголю, иногда даже с характером неодолимости, и изменение клинической картины опьянения и утрата ситуационного контроля позволяли считать, что у обследованных лиц имеются начальные признаки алкоголизма. Индивидуальными факторами, актуализирующими влечение к алкоголю в интервалах между алкогольными эксцессами, были: чувство тревоги с раздражительностью, семейно-бытовые неурядицы, встречи с приятелями. Как правило, ослабление контроля со стороны родителей и старших уже не имеет значения.

Частота употребления спиртных напитков превышала таковую по сравнению с общей группой обследованных в 2-3 раза, при этом упот-

реблялись крепкие напитки в больших дозах.

Таким образом, в обследованных группах учащиеся в возрасте от 15 до 22 лет констатированы все типы употребления спиртных напитков более чем в 2/3 случаев.

Сопоставление подростково-юношеской группы выявило возрастание доли лиц с эпизодическим употреблением алкоголя от школьников к студентам. Незначительное число абстинетов среди обследованной группы обусловлено, прежде всего, отсутствием в укладе жизни негативного отношения к употреблению спиртных напитков, факторами, формирующими облегченный путь развития различных форм злоупотребления спиртными напитками, наряду с отсутствием правильного отношения к возможности употребления алкогольных напитков в семьях, является отсутствие достаточно твердых установок, препятствующих алкоголизации, и уровень общепринятых критериев и формулировок злоупотребления алкоголем, характерный для микросоциальных групп.

КЛИНИКА ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА И ЕЕ СОЦИАЛЬНЫЕ СЛЕДСТВИЯ

Пятницкая И.Н.

Наблюдаемое в промышленно развитых странах омоложение алкоголизма создало особую проблему не только биологического, но и социально-экономического содержания. Раннее начало потребления спиртных напитков приводит к формированию алкоголизма в короткие сроки, и клинические проявления этой болезни необычны.

Особенности подросткового и юношеского алкоголизма - становление в течение I,5-2 лет, психопатоподобные аффективные и поведенческие нарушения - на первых порах препятствовали правильному диагнозу. Пьянство считалось проявлением психопатии, "избыточность" психопатических проявлений в сочетании с утратой тонкости и теплоты, эмоциональным уплощением, непродуктивным существованием, бродяжничеством, могли восприниматься и как процессуальное заболевание, с характерными для последнего расстройством влечений и опустошением личности.

В отечественной наркологии изучение алкоголизма подросткового и юношеского возраста начато без упущения времени - практически сразу же, как появились первые наблюдения. К сегодняшнему дню мы располагаем методами выявления, диагностики и лечения раннего алкоголизма - результат интенсивных исследований московских, челябинских и архангельских наркологов.

Привлечение к работе общественных служб, обследование всех подростков, задержанных в опьянении, динамическое наблюдение за ними, оперативное создание подростковых кабинетов при наркологических диспансерах привело к тому, что этот возрастной контингент злоупотребляющих спиртными напитками контролируется сейчас лучше, чем какой-либо другой.

Симптоматика алкоголизма в этом возрасте - быстрое развитие интеллектуального снижения по органическому типу, приостановка физического развития, в т.ч. сексуального, характерное существование в характерных группах, специфические вегетативные признаки даже вне абстинентного синдрома - позволяют диагносцировать болезнь в амбулаторных условиях.

Однако, несмотря на условия и возможности своевременного диагноза, результаты лечения подросткового алкоголизма остаются недостаточными. Этому есть несколько причин, одна из которых непосредственно связана и с социально-экономическим аспектом проблемы.

Первая - среда, в которой начинается раннее злоупотребление. Несмотря на видимое стремление подростка к отходу от семьи, ее быта и нравственных ценностей, связь с семьей родителей у него более прочная, нежели у взрослого. У подростка, также в отличие от взрослого, меньший выбор неформального круга общения - он ограничен местом учебы и жительства. И семья злоупотребляющего подростка отягощена в подавляющем числе случаев алкоголизмом, и сложившаяся "компания" - еще в большей степени. Таким образом, после лечения подросток возвращается в пьянствующую среду с обязательностью, которая характерна не для всех случаев взрослого алкоголизма. Взрослый, при наличии соответствующей установки, может решительно выйти из пьющей компании, его собственная семья, жена, помогают в этом. Кроме того, при прочих равных условиях, способность сопротивляться давлению среды у подростка ниже. Ситуация подростка в этом сравнении кажется безисходной и во многих случаях такой оказывается.

Вторая причина - тяжесть и многообразие психических нарушений, вызываемых алкоголизмом в подростковом возрасте. О тяжести свидетельствует быстро наступающий грубый интеллектуальный дефект. Интеллектуальный дефект при алкоголизме, навчавшемся в зрелом возрасте, во многих случаях особенно при высоком исходном уровне пациента спустя десятилетие может выражаться лишь утратой творческих возможностей, ограничем интересов, падением интеллектуальной активности, истощаемостью при умственной работе. Интеллектуальный дефект у подростка сходен с олигофреническим, с утратой способности осмышления непривычных, хотя и простых ситуаций, несложных задач. Наблюдается пассивность, незаинтересованность и отвращение к интеллектуальным занятиям. Тяжесть поражения видима и в аффективной сфере: не только утрата тонкости и нюансов, но полярные чувствования (радость - злоба), выражаемые безконтрольно, некоррегируемые с обязательным моторным бурным компонентом. Это позволяет видеть грубое эмоциональное снижение психики до уровня археоаффектов. На фоне дурного самочувствия, частого для злоупотребляющих, агрессивные тенденции естественны для такого пациента. Нередки случаи эмоциональной опустошенности до степени апатического синдрома - лишь в опьянении возникает некоторое эмоциональное и двигательное оживление.

Однако, наиболее опасным для индивида и общества оказывается дефект социальных качеств личности. Наблюдается не только утрата нравственных представлений, как производное интеллектуального и эмоционального снижения, создающая в сочетании с агрессивностью, криминальное поведение. Искажение закономерного развития психики, задержка на этапах развития, соответствующих более младшему возрас-

ту, приводят к многообразным расстройствам прежде всего в системе отношений. Это проявляется в приостановке развития на этапе игровой деятельности собирательства. Это проявляется в нецелевой, хаотичной поисковой активности, когда подростки "просто так" бродят по городу, и их любопытство рассеяно, внимание застревает на случайных уличных сценах. Особо их привлекают интенсивные чувственные раздражители: яркие цвета, громкие звуки, быстрое движение. Попытки организовать досуг, развлечение таких детей часто безуспешны ввиду неспособности их к сосредоточению и кооперации. Они дезорганизуют уроки в школе, склонны к упрощенным, но жестоким шуткам, грубо пытаются подчинить младших и слабых. При профессиональном обучении прогулы учащаются, а, будучи на занятиях, они обнаруживают стремление "играть", а не работать. В ряде случаев усилия педагогов и других социальных служб оказываются безуспешными, и ситуация разрешается изоляцией вследствие какого-либо правонарушения. Однако, этот выход из ситуации момента по существу отодвигает, но не решает сложностей, которые будут сопутствовать жизни таких индивидов. В дальнейшем трудности будут возникать и в интер персональных отношениях вследствие склонности к групповому времяпровождению, развлечениям и неспособности к постоянным отношениям, сопряженным с обязанностями. Уровень развития психики определяет предпочтение компании с ограниченным кругом невысоких интересов и злоупотреблением спиртными напитками. Характерны для лиц с ранним началом пьянства безбрачие или ранние и непрочные браки. Вызывая в обществе те же следствия, что и алкоголизм взрослых, пьянство подростков, сверх того, значительно увеличивает преступность, снижает уровень овладения современной технологией и уменьшает воспроизводство населения. Такая незрелость психики объясняет не тольконизкую эффективность лечения: из-за невозможности оценить свое болезненное состояние и прогноз пьянства ремиссии после лечения кратковременны. Эта незрелость определяет, кроме того, неспособность осознать социальные обязанности и жизненные задачи.

Перечисленные обстоятельства и придают особое социально-экономическое значение проблеме подросткового и юношеского алкоголизма. Известная демографическая ситуация - уменьшение трудовых ресурсов в ближайшие годы - заставляет с большим вниманием отнестись к тому, что часть молодежи окажется неспособной к достаточной рабочей производительности и полноценному воспроизводству. Поэтому, помимо медицинских мер предотвращения раннего пьянства и смягчения его последствий необходимы в таких случаях социальные контроль и помощь. Это касается профориентации, которая должна определять не только

степень способностей, но также степень неспособности, с соответствующей постановкой обучения и труда. Особая задача - контроль за поведением, для чего в настоящее время недостаточно существующих организационных форм. Решение этих и ряда других задач вне возможностей здравоохранения, но формулировка их - обязанность наркологов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Пятов М.Д.

В последние годы резко возросло число исследований, посвященных проблемам клиники алкоголизма у подростков и юношей. Несмотря на общность клинических проявлений алкоголизма в указанных возрастных группах, в них имеются и весьма существенные различия. Однако, эти последние изучены крайне недостаточно.

Как показали собственные наблюдения, у подростков и юношей неблагоприятные микросоциальные условия как бы создают "алкогольную личность" до болезни, неспособную противостоять все расширяющемуся алкогольному окружению, т.е. уже и социальным компаниям вне дома, алкогольным обычаям по месту работы, особенно в случаях раннего начала трудовой деятельности, значение которой подчеркивается многими исследователями. Несмотря на систематическое употребление алкоголя подростком или юношей, отношение родителей к этому факту часто оказывается неправильным. Отцы нередко относятся равнодушно к данному явлению, или (обычно в состоянии опьянения) склонны к пространным, или сопровождаемым грубостью поручениям. Матери обычно, особенно вначале, недооценивают, преуменьшают или просто скрывают злоупотребление их детьми спиртными напитками.

Подростки употребляют преимущественно крепленые вина, лица юношеского возраста - вино-водочные изделия, отдавая вместе с тем предпочтение вину. Приемы алкоголя почти всегда происходят в компаниях. Уже в начале регулярного употребления алкоголя часто возникают измененные формы опьянения. Их быстрое появление связано не только с физиологическими и психологическими особенностями подростка или юноши, но и с условиями, в которых происходят обычно выпивки - в случайных местах, одномоментный прием всей дозы, отсутствие закуски, взаимное, как бы стимулирующее, влияние членов компании друг на друга, стремление к состоянию выраженного опьянения. Это приводит к тому, что уже в самом начале регулярного употребления алкоголя возможны приемы значительных доз спиртных напитков, иногда с добавлением к ним лекарственных средств. В одних случаях при опьянении возникает общая расторможенность, часто сопровождаемая неожиданными поступками, внешне напоминающими импульсивные действия, в том числе и в форме агрессии. Этими расстройствами опьянение может и ограничиться. В других случаях спонтанно, или под влиянием дополнительно принятой дозы алкоголя, внезапно развивается

состояние глубокого оглушения - вплоть до сопора. Особенностью последнего является непродолжительность - в среднем не более получаса, и незначительная выраженность вегетативных расстройств.

Постинтоксикационное состояние определяется преимущественно психической и двигательной замедленностью, тогда как симптомы астении незначительны. Амнезия опьянения распространяются на очень короткие отрезки времени. В течение регулярного пьянства в состояниях опьянения все в большей степени начинает выступать дисфоричность, пониженный аффект, злобность, сочетающиеся с агрессивными и аутоагрессивными поступками. В результате многочисленных исследований было установлено, что высокая криминогенность характерна для подростков и юношей, находящихся в состоянии опьянения.

Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте формируется в сжатые сроки, обычно тем быстрее, чем моложе лицо, начинающее регулярный прием спиртных напитков. В значительной мере именно ранним возрастом, в котором начинается систематическая алкоголизация, можно объяснить различия в сроках формирования у данных больных алкоголизма, приводимые в литературе. Чаще всего они колеблются в интервале от 2-х до 4-х лет. Первичное влечение к алкоголю по нашим данным формируется в сроки от нескольких месяцев до года-полутора лет.Чем моложе лицо, тем в меньшей степени возникающее влечение осознается им и тем раньше оно приобретает характер неодолимости.

Этап бытового пьянства выделить у подростков очень трудно. В период регулярного пьянства быстро нарастает толерантность. Ритм потребления алкоголя может быть самым различным - то однократные, то ежедневные за непродолжительные отрезки времени приемы - сменяются на короткое время полным воздержанием. У юношей встречается многодневное и даже многонедельное пьянство.

Трудности диагностики первой стадии алкоголизма определяются невыраженностью симптомов в одних случаях, в других - ранним возникновением расстройств, которые обычно наблюдаются при сформировавшемся алкоголизме. Достоверным признаком сформировавшейся второй стадии является развитие абстинентного синдрома. По нашим данным он возникает через I-2 года после начала регулярного употребления алкоголя. У подростков проявления похмельного синдрома представлены преимущественно вегетативными симптомами, сочетающимися со слабостью, разбитостью, головными болями, головокружениями, отдельными диспептическими симптомами. Психический компонент обычно рудиментарен. Чаще других расстройств встречается субдепрессивный аффект. Неврологические симптомы, в частности тремор, отсутствуют. Длительность похмельного синдрома у подростков может исчисляться

часами. У юношей вегетативный компонент выражен в значительной степени, а из психических симптомов часто наблюдаются расстройства сна, пугливость, тревожно-подавленный аффект и кратковременная подозрительность, вплоть до бредовой настроенности. Продолжительность похмельного синдрома может достигать здесь нескольких суток.

Употребление алкоголя у подростков даже после возникновения похмельного синдрома чаще не принимает какую-либо определенную форму. У одного и того же больного могут наблюдаться и однодневные алкогольные эксцессы, и короткие, в 2-3 дня, запои, и непрерывное потребление в течение более длительных периодов времени. По-прежнему на ритм приема спиртных напитков здесь большое влияние оказывают ситуационные факторы.

Форма употребления алкоголя во второй стадии у юношей носит преимущественно запойный характер. Употребляемые дозы алкоголя к периоду развития похмельного синдрома колеблятся от 600-800 до 1500 вина или 250-350 мл, а ряде случаев и выше, водки. "Плато" толерантности существует не более двух лет и обычно короче у подростков. К периоду снижения толерантности амнезии опьянения возникают часто.

Характерологические изменения наступают быстро. У одних больных преобладает возбудимость и взрывчатость, сопровождаемые угрюмостью и неприязнью к окружающим, в первую очередь к близким. Легко возникают агрессивные действия. У других - на первый план выступает развязность, беспечность, цинизм. Во всех случаях критическая оценка своего состояния и поведения отсутствует. Характерно равнодушное отношение или просто отвращение к учебе, работе и вообще ко всему, что не имеет непосредственного отношения к приобретению спиртного. Появляются выраженное эмоциональное уплощение или огрубение. При достаточно сохранных прежних интеллектуальных возможностях не происходит их дальнейшего расширения и совершенствования. Личность как бы останавливается в своем развитии.

Для личностных изменений, наступающих при алкоголизме подростково-юношеского возраста, не свойственно усиление аффективной окраски всех переживаний больных, не характерны повышенная откликаемость, алкогольный юмор, возникновение полярных аффектов, а также гиперэкспрессивность в моторике и речи. Не встречается обычно и симптом "алкогольных отговорок". Таким образом, личностные изменения при алкоголизме подростково-юношеского возраста носят в значительной степени диссоциированный характер с явным акцентом на поражении эмоционально-волевой сферы.

Соматические осложнения алкоголизма подростково-юношеского возраста, во всяком случае в первые годы его существования, или отсут-

ствуют, или крайне незначительны. Это же относится и к неврологическим расстройствам. При алкоголизме подростков металкогольные психозы, особенно в первые годы после того как сформировалась болезнь, явление редкое. Сами же психозы протекают в рудиментарной форме. При алкоголизме юношей психозы возникают достаточно часто. Ремиссии при лечении уже сформировавшегося алкоголизма у больных подростково-юношеского возраста наступают редко и оказываются кратковременными.

КЛИНИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Рохлина М.Л.

Среди подростков и юношей, злоупотребляющих алкоголем, выявляется определенная доля лиц, комбинирующих алкогольные напитки с психоактивными препаратами. Преморбид этих больных, формирование у них алкоголизма, его клинические проявления и медико-социальные последствия имеют некоторые особенности. Поэтому описание их представляет интерес.

Под нашим наблюдением находилась группа больных, которые на определенном этапе начинали сочетать прием алкоголя с теми или иными медикаментозными токсикоманическими средствами. Часть из них принимала токсикоманические препараты систематически, у них была выражена психическая, а в отдельных случаях физическая зависимость, что давало основание диагностировать токсикоманию. У остальных прием токсикоманических средств носил эпизодический характер. В настоящем сообщении мы остановимся на этой, последней, группе больных. В нее входило 26 человек, находящихся на стационарном обследовании или лечении в наркологическом отделении Московской городской клинической психиатрической больницы № 15.

Все больные были мужчины в возрасте от 16 до 22 лет. Треть из них (9 человек) поступили в стационар после интоксикации, вызванной передозировкой лекарственных препаратов.

У 14 из 26 больных выявлялась наследственная отягощенность алкоголизмом отца или психопатиями со стороны отца или матери.

Преморбид почти у всех больных отличался некоторыми особенностями. С раннего детства это были "трудные" дети. Они были неусидчивы и непослушны в школе и дома, не поддавались мерам воспитания, плохо учились при формально неплохих способностях, большую часть времени проводили на улице, легко вовлекались во всевозможные "дурные"компании. У многих из них очень рано выявлялось делинквентное поведение, что затрудняло учебу и служило поводом для постановки на учет в инспекции милиции по делам несовершеннолетних. В отношении родителей и педагогов они обычно были упрямы и негативистичны. В то же время по отношению к товарищам, наоборот, проявляли повышенную внушаемость, беспрекословно им подчинялись, слепо следовали законам и традициям своей "компании". Никто из обследованных не стремился к лидерству. Таким образом, основными личностными чертами исследованных больных были неустойчивость, патологическая кон-

формность, слабость эмоционально-волевых установок.

Первое знакомство с алкоголем происходило в возрасте 10-14 лет, как правило, в компании таких же подростков или лиц, более старших по возрасту. Мотивами первой алкоголизации обычно было подражание, желание не отставать от товарищей, показать себя "взрослыми", что отражало преморбидные особенности больных (отмеченные выше черты неустойчивости и патологической конформности).

Треть больных к моменту обследования употребляли спиртные напитки систематически, 2-3 раза в неделю. Остальные пили не систематически от случая к случаю, первичное влечение к алкоголю у них отчетливо не было выражено. Причиной алкогольных эксцессов в основном был заведенный ритуал принятия спиртного в компании.

Похмельный абстинентный синдром ни у одного из исследованных больных полностью еще не сформировался. Но следует отметить, что по данным ряда авторов (Данилова Е.А., Сосякало О.Д. с соавторами и другие) похмельный синдром у подростков бывает стертым, значительно менее очерченным, чем у взрослых, и проявляется в основном вегетативными нарушениями, общим дискомфортом, слабостью, что наблюдалось и у наших больных.

У всех больных можно было отметить очень высокую толерантность. Почти сразу же они начинали принимать такие дозы спиртных напитков, которые вызывали состояние оглушения и заканчивались нередко амнезией. Толерантность была или изначально высокой или быстро возрастала - за 2-3 месяца в несколько раз по сравнению с первоначальной. Это согласуется с данными других авторов (Гиндикин В.Я. и Гурьева В.А., Сидоров П.И., Сосякало О.Д. с соавторами), которые указывают на тенденцию алкоголизирующихся подростков достигать максимальной степени опьянения "пить, пока не отключишься".

Стремление к получению более выраженной эйфории, состояния оглушения, близкого к раушу, "балдения" по терминологии американских авторов было одним из мотивов того, что для усиления эйфории подростки начинали добавлять к алкоголю те или иные психоактивные препараты. Другим, не менее частым мотивом, была отмеченная выше конформность, которая оказалась стержневой особенностью личности обследованных больных.

Среди препаратов, которые использовали больные, на первом месте были транквилизаторы бензодиазепинового ряда (седуксен, элениум, тазепам), затем димедрол, циклодол, эфедрин, теобромин, реже другие препараты.

Следует отметить, что так же, как алкоголь, так и лекарственные препараты больные буквально с первого же раза начинали принимать в очень высоких, нередко токсических дозах, что приводило к

передозировкам и последующему стационированию к психосоматические стационары. Это отражало незнание больными свойств принимаемых препаратов, незрелость их психики, беспечность, легкомыслие, полное отсутствие критики и желание идти на поводу у товарищей.

Частые передозировки вообще являются особенностью токсикоманий у подростков. Об этом нередко упоминалось в литературе. И у обследованных нами больных, у которых токсикомания еще не сформировалась и прием психоактивных препаратов носил эпизодический, иногда даже однократный характер, начало употребления препаратов нередко вело к передозировкам.

Другой существенной особенностью было отсутствие предпочтительности одного или определенной группы препаратов, хаотический их прием. Больные принимали обычно то, что им легче всего было достать, чаще всего то, что было у товарищей. Часто они даже не знали, какие таблетки им добавляли в вино, сколько таблеток они приняли. Следует, конечно принять во внимание, что токсикомания, как болезненный процесс, в группе обследованных нами больных еще не сформировалась, и на этом этапе обычно всегда наблюдается хаотичность приема препаратов. Но с другой стороны, хаотичность приема и отсутствие предпочтительности препаратов вообще свойственны подростковым токсикоманиям. Обращала на себя внимание активная диссимуляция больных. Они упорно отрицали прием психоактивных средств вместе с алкоголем, в том числе однократный. Даже после того, как им сообщали об их неправильном поведении или о психическом расстройстве, доказывающем неопровержимо то, что они принимали препараты, они продолжали упорно от этого отказываться. В то же время об алкоголизации обычно рассказывали довольно подробно, нередко бравируя большими дозами спиртных напитков, которые они могут, якобы, легко переносить. Конечно, нельзя исключить, что вследствие приема токсических доз лекарственных средств у больных может наблюдаться частичная амнезия. Тем не менее поведение больных скорее следует рассматривать как диссимуляцию, которая обусловлена стремлением избежать ответственности и добиться скорейшей выписки.

Учитывая, что описанная группа больных является группой повышенного риска в отношении развития токсикомании, можно рекомендовать во всех случаях, даже при однократном приеме токсикоманических препаратов, ставить больных на профилактический учет у нарколога, как потенциальных токсикоманов и проводить с ними воспитательную работу.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ СЕМЬИ НА РАЗВИТИЕ ИНТЕНСИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Скворцова Е.С.

Семья играет важнейшую и во многом решающую роль в воспитании детей. Она обусловливает социализацию ребенка, усвоение им основных правил и норм поведения, вырабатывает стереотип отношения к окружающему миру. Первоначальное отношение к алкоголю также закладывается и формируется к семье. Семья осуществляет "первичную" (Грюнер В., I977) социализацию ребенка в отношении алкоголя. Отец и мать служат первыми специфическими образцами подражания в употреблении алкоголя, причем мать больше влияет на дочь, а отец на сына.(Бинер К., I974). Частота установок на употребление спиртных напитков в будущем прямо связана с употреблением детьми алкоголя в семье вместе совзрослыми: = 0,99 p 0,05 (Теддер Д.Р. и Сидоров П.И.), I976).

К настоящему времени многочисленными исследованиями (Колоччи Д'Амато, I968; Экелова-Багалей Е.М., I970; Корытова Н.Г. с соавт., I972; Данилова Е.А., I974; Веселовский В.В., I976; Муратова И.Д., Сидоров П.И., I977; Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я., I978) установлено, что неблагоприятные факторы семьи являются факторами "высокого риска" в развитии алкоголизации у несовершеннолетних и служат начальным звеном (Запорожченко В.Г., Копыт Н.Я., I975) в генезе злоупотребления алкоголем.

К факторам "высокого риска" большинство авторов относят такие неблагоприятные условия семейного воспитания как: конфликтные взаимоотношения между родителями, алкогольные традиции в семье, отсутствие внимания к досугу детей, нарушение структуры семьи.

Однако в большинстве исследований на данную тему, лишь констатируется наличие тех или иных неблагоприятных факторов семейного воспитания. Дифференцированное изучение этих факторов, судя по доступной нам литературе не проводилось.

В своей работе мы постарались проанализировать и установить степень влияния различных неблагоприятных факторов семьи на развитие интенсивной алкоголизации у подростков. С этой целью нами были сравнительно изучены две группы подростков (I5-I8 лет) общей численностью около 300 человек. В первую группу или основную входили подростки, часто употребляющие алкогольные напитки (I и более раз в неделю), во вторую или контрольную - подростки, неупотребляющие алкогольные напитки. Обе группы были уравновешены между собой по численности, возрасту, полу, социальной роли и месту проживания под-

ростков.

Для дифференциального анализа влияния неблагоприятных факторов семьи мы использовали статистические методы: сравнения показателей, метод корреляционного анализа и дисперсионного анализа однофакторных комплексов для качественных признаков.

Исследование показало, что достоверные различия группы подростков имеют по следующим показателям (табл. I).

Таблица I

Достоверные различия между основной и контрольной группами подростков в условиях семейного воспитания

Группы подростков. Факторы	Основная %	Контрольная %	Достоверность различий (коэф.)
Нарушение структуры семьи	30,7 ± 3,9	I2,I ± 2,8	= 3,7
Низкий уровень материального обеспечения	33,6 ± 4,0	I5,7 ± 3,0	= 3,6
Неудовлетворительные жилищные условия	30,7 ± 3,9	I7,9 ± 3,2	= 2,5
Конфликтные взаимоотношения в семье между родителями	50,7 ± 4,2	II,4 ± 2,6	= 7,9
Злоупотребление алкоголем родителями	63,6 ± 4,0	20,7 ± 3,4	= 8,I
Низкий образовательный уровень родителей	54,3 ± 4,2	I5,0 ± 3,0	= 6,4
Отсутствие внимания и контроля за подростком со стороны родителей	52,8 ± 4,2	I2,8 ± 2,8	= 7,9

Большинство этих факторов тесно взаимосвязано друг с другом. Так, напряженная психологическая обстановка в семье в значительной степени обусловливается злоупотреблением алкоголем хотя бы одного из родителей (= 0,7 ± 0,03), отчасти неудовлетворительными жилищными и материальными условиями (= 0,45 ± 0,7). Безнадзорность и слабость контроля за подростками основной группы обусловлена частично отсутствием у некоторых обследуемых отцов (= 0,3 ± 0,07), низким уровнем образования родителей, ограничивающим возможность следить за духовным развитием подростка (= 0,44 ± 0,02), но глав-

ным образом злоупотреблением алкоголем отцами (матерями) (= 0,55 ± 0,06).

Определение и ранжирование степени влияния различных неблагоприятных факторов семьи на развитие интенсивной алкоголизации у подростков дало следующую картину (таблица I).

Как следует из таблицы 2, наиболее сильное влияние и наибольшее значение на развитие интенсивной алкоголизации у подростков имеют конфликтные взаимоотношения между родителями и злоупотребление алкоголем отцами. Первый фактор обусловливает отчуждение дома, семьи для подростка. Из-за постоянного семейного психологического дисконфорта подросток стремится как можно больше времени быть вне дома, нередко попадая под влияние асоциальной алкоголизирующейся "компании". Второй фактор тесно сопряжен со многими остальными факторами семьи,

Таблица 2

Распределение факторов "семьи" в зависимости от степени их влияния на развитие частого употребления алкоголя у подростков

Ранговое место по силе влияния	Фактор	Достоверность влияния
I.	Конфликтные взаимоотношения в семье между родителями	p 0,00I
2.	Злоупотребление алкоголем отцами подростков	p 0,00I
3.	Отсутствие внимания и контроля со стороны родителей за подростком	p 0,00I
4.	Низкий уровень образования отца x)	p 0,00I
5.	Низкий уровень образования матери	p 0,00I
6.	Злоупотребление алкогольными напитками матерью	p 0,00I
7.	Низкая материальная обеспеченность семьи	p 0,00I
8.	Неполная семья (отсутствие одного из родителей	p 0,05
9.	Неудовлетворительные жилищные условия	p 0,05

x) Мы рассматриваем отдельно уровень образования, потребление алкоголя отцом, матерью, так как сила влияния этих факторов не равнозначна. Мальчики идентифицируют себя с отцами и образ жизни, поведение отца оказывает на них большее влияние, чем поведение матери.

порождая всю ту цепь "ненормальных" условий воспитания, связанных с пьянством родителей: напряженность и конфликты в семье, безнадзорность детей, снижение материальной обеспеченности семьи, нарушение структуры семьи и т.д. Конечно, не все случаи конфликтных взаимоотношений в семье бесконтрольности подростков, низкая материальная обеспеченность , нарушение структуры семьи обусловливаются злоупотреблением алкоголем родителями. И поэтому эти факторы оказывают не только сопряженное влияние, но и имеют свое самостоятельное значение.

РОЛЬ ПРЕМОРБИДНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ

Смирнов В.К.

Микросоциальные и конституционально-биологические факторы, по данным современной литературы, имеют большое значение в становлении ранней алкоголизации и алкоголизма у подростков. Исследование личности у подростков больных алкоголизмом предполагает не только ретроспективное изучение преморбидных особенностей, но и учет их динамики после формирования заболевания. Предметом настоящего исследования явилось клиническое изучение характереологических черт и их динамики в становлении алкоголизма. Исследовано 16 подростков мужского пола состоящих на учете в инспекциях милиции по делам несовершеннолетних и обнаруживающих клинические признаки алкоголизма. Возраст больных составлял от 14 до 17 лет.

Исследованные подростки впервые "познакомились" со вкусом алкоголя в возрасте 9-10 лет. Единичные приемы спиртных напитков были обусловлены как любопытством, так и подражанием ребенка поведению взрослых. Прием спиртных напитков ограничивался незначительными дозами, чаще всего вина. Отсутствие в семьях подростков трезвенических установок создавало условия, при которых подростки, начиная с 11-12 летнего возраста принимали алкоголь с частотой не выше 6-8 раз в год. В течение первого года эпизодический прием алкоголя ограничивался небольшими дозами. В последующие 2-3 года наступало некоторое увеличение доз алкоголя и учащение его приема (до 10-12 раз в год). В это время толерантность к спиртному увеличивалась, что отражалось в поведении подростков. Во время алкогольных эксцессов в семье они выпрашивали у взрослых спиртные напитки. Отказ взрослых приводил к самостоятельному употреблению ими спиртных напитков тайком. Усвоенные подростками алкогольные традиции частого употребления спиртных напитков по незначительным поводам в семье, наряду с появившимися у них симптомами, указывающие на возникновение влечения к алкоголю, свидетельствовало о риске перехода алкоголизации в алкоголизм. С 14-15 летнего возраста, частота алкогольных эксцессов у больных достигала 16-20 раз в год. С этого времени увеличивалось количество приемов спиртных напитков вне дома, в компаниях сверстников. Продолжительность систематического приема алкоголя до появления первых признаков заболевания у подростков составляла 1-1,5 года. О формировании алкоголизма свидетельствовало возникновение первичного патологического влечения к алкоголю и симптома

утраты количественного контроля. В половине случаев алкогольные эксцессы сопровождались стертыми формами амнестических расстройств по типу "наркотических амнезий". У всех больных в 2-3 раза повышалась толерантность к алкоголю. Больные употребляли спиртные напитки с частотой 2-3 раза в неделю. Кратковременные состояния постинтоксикационной астении наблюдались у 10 подростков.

В допубертантном периоде, характереологически больные представляли собой неоднородную группу. У 4 больных в анамнезе преобладали циклоидные черты характера. У 3 лиц выявлялись шизоидные черты. Их отличала внутренняя замкнутость при внешне сохранных формах общения со сверстниками, равнодушие и холодность к родным. У 4 больных были установлены мозаичные черты характера, выражавшиеся в наличии аффективной неустойчивости, эпилептоидности на фоне парциального психического инфантилизма по Э.Кречмеру (1948). У 5 больных на первый план выступали явления гармонического психического инфантилизам по Сухаревой Г.Е. (1959), выражавшееся в эмоциональной впечатлительности, быстрой переключаемости интересов, кратковременности увлечений при быстро наступающей истощаемости. Нарушения поведения у подростков до 12-13 летнего возраста носили единичный характер, были ситуационно обусловлены и проявлялись только тогда, когда подросток был уверен в безнаказанности. У большинства подростков к этому времени ухудшалась семейно-бытовая обстановка. На фоне алкоголизации личностные особенности после 13 летнего возраста претерпевали определенные изменения, имеющие как общие черты, так и частные, определяющие их индивидуальность.

Общим для исследованных подростков явилась клиническая картина, близкая к аффективно-возбудимому типу патохарактереологического развития в понимании Кербикова О.В. (1968), Ковалева В.В. с сотр.(1969, 1970). Характерными оказались симптомы эмоционально-аффективной неустойчивости: несдержанность, раздражительность, конфликтность. Нарушения поведения обнаруживались в различных условиях и теряли связь с оценкой ситуации. Утяжелялись имеющиеся характереологические черты и появлялись новые, несвойственные подросткам ранее. В группе лиц с преобладанием циклоидных черт характера выявилась дисфоричность с появлением гневливо-злобных реакций. Основным фоном настроения была гипотомия с некоторым повышением настроения в вечернее время. В группе подростков с шизоидными чертами формировались спонтанно возникающие колебания настроения. У подростков с мозаичной структурой преморбида усугублялась аффективная неустойчивость. У больных с явлениями психического инфантилизма поведения сформировывались по типу педагогической запущенности.

Анализ начальных этапов становления алкоголизма у подростков обнаружил определенные взаимоотношения преморбида с первичными и вторичными формами патологического влечения к алкоголю у больных. У подростков с шизоидными чертами влечение к спиртным напиткам отражалось в появлении у них соответствующих переживаний в виде сценоподобных образных представлений без ощущения чуждости их для личности. У подростков с преобладанием циклоидных и эпилептоидных черт влечение к алкоголю сопровождалось обострением ярких образных воспоминаний, связанных с положительными эмоциональными переживаниями от предыдущих употреблений спиртных напитков. Прием алкоголя у этих лиц устранял образные, ситуационно обусловленные воспоминания, эмоционально тягостные для больного. Таким образом, сочетание эйфорического компонента настроения в картине опьянения наряду с возникающими образными воспоминаниями поддерживало у подростков патологическое влечение к алкоголю.

III

РЕЦИДИВЫ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ЖЕНЩИН

Соколова Е.П.

Особенности клиники повторных алкогольных психозов посвящены многочисленные исследования (Сербский В.П., Лазарева В.Х,, Удальцова М.С. и др.). Однако у них не нашли отражения описания различий в частоте рецидирования разных форм алкогольных психозов у мужчин и женщин, так же как и зависимость формы повторного психоза от первого психотического приступа.

С целью освещения этого вопроса нами были исследованы в стационаре 224 больных мужчин и III женщин, перенесших алкогольный психоз. По форме психозы больные распределялись следующим образом: делирий перенесли 70 мужчин и 45 женщин; галлюциноз - 35 мужчин, 52 женщины; энцефалопатию Гайе-Вернике (ЭГВ) - 8 мужчин, I4 женщин. 95 больных (48 мужчин и 47 женщин) перенесли повторные психозы. Число повторных психозов у мужчин и женщин оказалось примерно одинаковым.

Патология преморбидных черт личности несколько чаще диагностировалась у женщин, чем у мужчин (соответственно 43% и 33%), так же как и дополнительные соматические заболевания (40% и I4%), особенно у больных, перенесших галлюциноз. Однако травмы головного мозга отмечались чаще у мужчин (45% и 66%).

Большинство первичных психозов у мужчин и женщин развилось в Ш стадии алкоголизма. Лишь галлюцинозы, особенно у женщин, возникали несколько чаще во П стадии. Давность злоупотребления алкоголем, длительность и тяжесть запоев до манифестации психоза была выше у мужчин, особенно перед развитием первого делирия и ЭГВ. Они чаще, чем женщины, употребляли суррогаты алкоголя.

Эпилептические припадки чаще развивались перед психозом у мужчин, преимущественно перед развитием делирия и ЭГВ, и лишь в исключительных случаях они предшествовали галлюцинозу, хотя частота травм головного мозга именно при этой форме алкогольной патологии была наименьшей. Следовательно, нельзя было связать возникновение эпилептических припадков только с черепно-мозговыми травмами.

К моменту возникновения у больных как первого, так и повторного психоза женщины были в среднем старше мужчин на 8-I0 лет.

Таким образом, в развитии первых и повторных психозов у мужчин ведущее место принадлежало давности злоупотребления алкоголем, тяжести запоев, частоте черепно-мозговых травм, у женщин - патологии преморбидных черт личности, соматическим заболеваниям, возрасту.

Из 314 повторных психозов, развившихся у мужчин и женщин, 179 протекали в форме алкогольного галлюциноза, из них 70% развивалось через год после первого психоза, остальные 30% спустя 3-12 лет после первого психоза.

У мужчин одинаково часто повторным психозом были галлюциноз и делирий (45,8% и 45,9%). У женщин, как среди первых, так и среди повторных психозов преобладали галлюцинозы.

И у мужчин, и у женщин среди первых трех психозов чаще диагностировался делирий, начиная с четвертого приступа стойко преобладали галлюцинозы. Длительность течения психозов от приступа к приступу увеличивалась, она постепенно трансформировалась из острых рецидивирующих галлюцинозов в затяжные, реже в хронические формы галлюциноза. Особенно наглядно эта тенденция прослеживалась у женщин, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями.

Ремиссии по мере рецидивирования психозов укорачивались и через 8-12 лет после первого приступа у некоторых больных наступало безремиссионное течение заболевания.

В среднем женщины перенесли от 2 до 6 психозов, только у одной ольной наблюдалось 9 приступов психоза в форме хронического алкогольного галлюциноза. Всего 47 женщин перенесли 167 повторных психозов и 48 мужчин - 147 повторных психозов.

Самое большое число повторных психозов у женщин (73%) и у мужчин (74%) развилось в течение одного года после первого приступа. В последующие десять лет у больных обоих полов возникало лишь 27% (85) повторных психозов.

Соотношение числа галлюцинозов и делириев, развившихся у мужчин через 1-2 года и через 3-12 лет после первого психоза, равнялось 1:1.

В то же время у женщин соотношение числа галлюцинозов и делириев через 1-2 года после первого психоза равнялось 2,5:1, возникших через 3-12 лет после первого психоза равнялось 6,5:1.

Таким образом, соотношение разных форм психозов среди повторных приступов было неодинаковым у мужчин и женщин. У женщин среди повторных психозов преобладали галлюцинозы, у мужчин частота галлюцинозов и делириев была одинаковой. Причем, чем больше проходило времени после первого психоза, тем выше был удельный вес галлюцинозов у женщин среди повторных психозов, в основном за счет рецидивирования затяжных и хронических его форм. Нужно также отметить, что у всех больных, и у мужчин, и у женщин, перед развитием затяжного галлюциноза утяжелялся и удлинялся запой. Обычно затяжному галлюцинозу предшествовали однократные или многократные приступы острых

галлюцинозов, смешанные психозы, абортивные и классические делирии. При повторных приступах затяжного галлюциноза преформировалась клиническая картина: вербальные галлюцинации меньше влияли на поведение больных, у женщин был выражен аффект тоски, подавленности, который долго держался по выходе из острого состояния.

В клинической картине хронического алкогольного галлюциноза также преобладал аффект тоски, более выражены апатии. С переходом галлюциноза в хроническую стадию аффекта страха, столь характерный для острого галлюциноза, терял свою насыщенность, затем полностью исчезал, уступая место депрессивной окраске настроения. Депрессия была ярче выражена и длительнее держалась у женщин пожилого возраста. Затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы, рецидивирующие формы ЭГВ вообще диагностировались чаще у женщин.

В группе больных мужчин и женщин, перенесших ЭГВ, среди повторных психозов не встречался алкогольный галлюциноз. Наблюдались только делирии, которые, как правило, протекали очень тяжело.

Как показали наши данные, частота алкогольных психозов не зависит от пола и от наличия соматических заболеваний. Так, среди женщин удельный вес больных с соматическими заболеваниями был выше, чем у мужчин в 3,5 раза, а у мужчин в 8 раз чаще, чем у женщин, диагностировались неврологические заболевания. Частота же психозов и у мужчин, и у женщин была одинаковой.

Чем больше проходит времени после первого психоза, тем выше удельный вес галлюцинозов среди других форм алкогольных психозов, тем длительнее держится психотическое состояние, тем сложнее становится клиническая картина психоза, короче становятся ремиссии. Наибольшее число повторных психозов приходится на 1–2 год после первого психоза, в дальнейшем их число уменьшается. У женщин отмечается тенденция у большей частоте затяжных и хронических форм алкогольных галлюцинозов и ЭГВ. Динамика развития психопатологической симптоматики в клинической картине алкогольных галлюцинозов у мужчин и женщин одинакова.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пятов М.Д., Кривенков А.Н., Чудновский В.А., Мельникова Т.С.

В отечественной литературе последних лет (Стрельчук И.В., 1973, Данилова Е.А., 1978, Сидоров П.И., 1979, Найденова Н.Г., 1979, Пятов М.Д., 1980 и др.) возрастает число исследований, посвященных изучению клиники алкоголизма в молодом возрасте. При анализе особенностей формирования и динамики алкоголизма применительно к подростково-юношескому возрасту указывается на стертость клинической картины, неразвернутость симптомов и неравномерное ускорение динамики симптомов, на вормирование заболевания в сжатые сроки, подчеркивается злокачественность, безремиссионность его течения. Вместе с тем, в литературе не получили достаточного отражения энцефалографические изменения, наступающие у больных алкоголизмом молодого возраста.

Клинически и электроэнцефалографически исследовано 40 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от I7 до 25 лет, находящихся на стационарном противоалкогольном лечении. На момент обследования у II больных был диагностирован алкоголизм на I стадии заболевания и у остальных 29 на II стадии. Длительность заболевания составляла от полугода до 7 лет (средняя длительность 4,5 ± 0,8 лет) Контрольную группу составили 20 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 25 до 52 лет, из них во II стадии было I7 и в III - 3 больных.

Наследственная отягощенность выявлена у 2I больного, причем у I0 из них алкоголизмом. У 4 больных родственники страдали психическими заболеваниями, у 7 - психопатиями. В преморбиде у 23 больных установлены формирующиеся или уже сформированные психопатии: у I7 круга неустойчивых, у 4 - возбудимого типа и у 2 - истерического круга. 7 больных в возрасте до I3 лет перенесли черепно-мозговые травмы средней тяжести или тяжелые с последующим развитием психопатоподобных изменений личности; у 3 больных в раннем детском возрасте сформировалась резидуально-органическая симптоматика как следствие параинфекционных заболеваний неустановленного генеза.

Отсюда видно, что алкоголизм у больных молодого возраста как правило формировался на фоне патологического развития личности или отягощенной почвы за счет отдаленных последствий органического поражения головного мозга.

Начало алкоголизации обычно было связано с неблагоприятными микросоциальными условиями, в которых воспитывались подростки и

юноши: в 25% случаев родители страдали алкоголизмом, частое и неумеренное употребление в присутствии детей спиртных напитков наблюдалось в 30% семей. Преобладали семьи с низким уровнем образования. В 56% семей взаимоотношения между родителями были конфликтными или неровными и в I5% один из родителей или родственников обнаруживал антисоциальное поведение. Возникающая в результате этого обстановка безнадзорности способствовала сближению подростков с асоциальной компанией, где систематическое употребление алкоголя оказывалось привычным явлением. В результате подростки быстро утрачивали социально-положительные связи, начинали употреблять, а в дальнейшем и злоупотреблять алкоголем.

Эпизодическое употребление спиртных напитков наблюдалось у больных в основном в возрасте от II до I4 лет. Чаще всего уже в течение I-3 месяцев этот этап сменялся систематическим приемом алкоголя. Регулярное употребление алкоголя продолжалось от полугода до 2 лет, и, таким образом, развитие алкоголизма приходилось на возраст больных от I3 до I6 лет.

Уже с самого начала регулярного употребления алкоголя, этапа так называемого бытового пьянства, больные не могли ограничить дозу спиртного, при этом у них в ряде случаев возникали состояния глубокого опьянения с неправильным поведением и последующими палимпсестами. Эйфория была слабовыраженной, как бы смазанной.

Патологическое влечение к алкоголю на I стадии заболевания в большинстве случаев было выражено слабо и в силу этого несвоевременно диагностировалось при врачебном исследовании. Иногда оно проявлялось в форме потери контроля над количеством употребляемого во время эксцесса алкоголя. Утрата контроля возникала только в случае употребления больными высоких доз алкоголя. Амнезии, ранее наступающие вследствие значительной интоксикации, незаметно перерастали в алкогольные палимпсесты. Ритм потребления спиртных напитков у больных был различным. Однодневные или ежедневные приемы алкоголя сменялись непродолжительным периодом полного воздержания. К концу I стадии, исчисляемой месяцами, влечение к алкоголю становилось более устойчивым и несколько утяжелялось. Появлялись отдельные маловыраженные абстинентные проявления.

У больных перенесших ранее черепно-мозговые травмы или нейроинфекции, в клинике алкоголизма проступали: взрывчатость, раздражительность, аффективная неустойчивость, астения. Влечение к алкоголю у них сформировывалось быстрее, чем у остальных больных. Опьянение протекало по дисфорическому типу со злобностью, агрессивностью, иногда с заторможенностью и напряженностью.

Существенным признаком II стадии алкоголизма является развитие абстинентного синдрома. Абстинентный синдром у изученных больных развивался через I,5–2 года от начала систематического употребления алкоголя. Длительность его была от нескольких часов до I–2 дней, у больных с остаточными явлениями черепно-мозговых травм его проявления затягивались до недели. В структуре абстинентного синдрома были представлены умеренно выраженные вегетативные симптомы (головные боли, головокружения, гипергидроз, отсутствие аппетита, тошнота, колебания артериального давления), астения, адинамия, депремированность. Лишь у больных, с отягощенной черепно-мозговой травмой или нейроинфекциями почвой сомато-вегетативные и психопатологические симптомы абстиненции были резко выражены. Больные употребляли алкогольные напитки то короткими запоями по 2–3 дня, то в течение более длительных периодов, а нередко однодневные эксцессы. Запои у этих лиц часто сопровождались тяжелыми соматическими расстройствами. Провалы в памяти у них возникали при употреблении больших доз алкогольных напитков, возрастала их продолжительность. Общим для всех исследованных больных являлось нарастание эмоционально-волевого дефекта; у лиц с психопатоподобными чертеми травматического генеза в преморбиде после формирования алкоголизма наступало дальнейшее заострение имеющихся характерологических особенностей: быстро нарастал эгоцентризм, нравственное огрубление, некритичность, склонность к дисфориям, снижение памяти, конфликтность, резкое снижение круга интересов.

Запись электрической активности мозга проводилась по общепринятой методике на 8-ми канальном электроэнцефалографе с использованием моно- и биполярных отведений и автоматического анализа частотного спектра электроэнцефалограмм. В качестве функциональных нагрузок использовали световую и звуковую стимуляцию, гипервентиляцию и флексорно-экстенсорные пробы. Особое внимание при визуальном анализе электроэнцефалограмм обращали на выраженность и локализацию пароксизмальной активности – разрядов, амплитуда которых в 2 и более раза превышала фоновую активность.

Для всех исследованных больных алкоголизмом характерной особенностью электроэнцефалограмм (ЭЭГ) явилась слабая выраженность регионарных особенностей электрической активности мозга, достигавшая в отдельных случаях полного сглаживания различий ЭЭГ между передними и задними отделами мозга. Значительно чаще этот вид аномалий ЭЭГ выявлялся у больных с черепно-мозговой травмой в анамнезе.

Интегральный показатель процентного соотношения мощностей ритмов при автоматическом частотном анализе был значительно изменен

по сравнению с таковым в контрольной группе: увеличены дельта- и тета-индексы, а альфа-индекс снижен. Нарушение процентного соотношения ритмов на ЭЭГ также чаще выявлялось у больных с последействиями черепно-мозговых травм. Изменения соотношений частотных спектров ЭЭГ наблюдалось преимущественно в височных, лобных и центральных областях коры, то есть в тех зонах, которые имеют наиболее обширные морфологические связи со структурами лимбической и диэнцефальной областей. При этом у больных с измененной ночвой значительно чаще выявлялись резко выраженные межполушарные асимметрии электрической активности, яркая пароксизмальная активность, значительно усиливавшаяся после проведения гипервентиляции. Конфигурация пароксизмов была различна: разряды тета- и дельта-вол, комплексы пик-волна, спайки и бета-волны в сочетании с альфа-пароксизмами, разряды смешанного и частотного спектра.

У 3 больных пароксизмальные разряды свидетельствовали о наличии очаговых изменений (у двух в височно-лобной области и у одного в височно-центральной).

Реакции дисинхронизации электрической активности мозга в ответ на применяемые световые и звуковые стимулы и флексорно-экстенсорные пробы у больных были недостаточно четко выражены, патологические знаки на ЭЭГ после функциональных нагрузок усиливались.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что у всех больных молодого возраста рано и быстро, еще до развития клинически выраженных органических изменений в неврологической и психической сфере, на ЭЭГ обнаруживаются патологические изменения по органическому типу. У больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы указанные изменения отчетливы и возникают раньше. Данные особенности нарушений ЭЭГ могут быть использованы в ранней диагностике алкоголизма, как дополнительный тест, наряду с клиническим исследованием.

О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ АЛКОГОЛИЗМА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Софроньева Н.М.

В связи с ростом алкоголизма среди подростков и юношей, злокачественностью течения и актуальностью вопросов профилактики в последние годы большое внимание уделяется изучению факторов, оказывающих на влияние на развитие этого заболевания. Неблагоприятный прогноз алкоголизма связывается рядом авторов (Стрельчук И.В., 1973; Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973; Сидоров П.И., 1979 и др.) с ранним началом алкоголизации. На атипичность течения алкоголизма оказывают влияние соматическая и психопатологическая отягощенность, органические поражения мозга (Беляев И.И., 1973; Данилова Е.А., 1974 и др.), наличие аномалии и психопатизации личности (Ураков И.Т., Куликов В.В., 1977; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980 и др.) отклонения сомато-полового развития и адаптации (Литвинов П.Н., 1967; Личко А.Е., 1977; Артемчук, 1980 и др.), социально-психологические факторы (Сидоров П.И., 1979; Нелидов А.Л., 1978 и др.).

Нами изучен гонтингент (126 юношей) больных алкоголизмом со значительной социальной деградацией и криминальными последствиями, совершившими правонарушения. Большинство (80,2%) из них ранее наблюдались в инспекции по делам несовершеннолетних, воспитывались в спецшколах, ПТУ для трудновоспитуемых (13,5 %) и воспитательно-трудовых колониях (4,8 %).

Течение алкоголизма у этого контингента отличалось особой злокачественностью. Характерным было раннее начало, у многих систематизация выпивок отмечалась "со старта", сжатые сроки формирования симптомов алкоголизма, массивность злоупотребления алкоголем, тяжелые и измененные формы опьянения с агрессивностью, амнезиями, быстрое увеличение толерантности и утрата ситуационного контроля, быстрое формирование похмельного синдрома, снижение толерантности. В основном наблюдалась постоянная и псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем.

Больше половины больных страдали П стадией алкоголизма. Преобладали больные со злокачественно-прогредиентным и прогредиентным течением (38,9% и 34,8% - соответственно).

У больных со злокачественным течением отмечалось более раннее начало алкоголизации (8–12 лет) и тяжелые формы алкоголизма, сжатые сроки формирования симптомов алкоголизма и более длительные сроки заболевания, на протяжении 2-3 и более лет у них прослеживались

клинически выраженные признаки П стадии алкоголизма, в ряде случаев отмечалось снижение толерантности, прием наркотиков, транквилизаторов. В этой группе отмечались и более тяжелая социальная деградация, снижение морально-этических критериев.

Прогредиентное течение наблюдалось у 2/3 больных с I стадией и части - П стадией алкоголизма. Этой группе была присуща поздняя алкоголизация (систематическое пьянство в I5-I6 лет), ускоренное, "молнееносное" формирование симптомов алкоголизма. У больных на I стадии уже наблюдались амнестические формы опьянения, непостоянный и нерезко выраженный похмельный синдром, редкие опохмеления по механизму подражания.

Относительно умеренное течение алкоголизма наблюдалось у больных с медленно нарастающей симптоматикой алкоголизации, на протяжении нескольких лет у них сохранялась стабилизация симптоматики I стадии алкоголизма.

Во всех группах отмечена сложная структура и определенная зависимость биологических, социально-средовых и культурно-психологических факторов в формировании алкоголизма.

Актуальную роль играло отрицательное влияние микросоциальной среды, низкий социальный уровень семей и микроокружения. Все дети воспитывались в крайне неблагоприятных семейно-бытовых условиях, получали неправильное воспитание в основном по типу безнадзорности. Около I0% больных воспитывались вне семьи, около трети - в неполных семьях. Во всех семьях были нарушены интерперсональные отношения, в 2/3 семей возникали конфликтные ситуации.

Большинство больных подвергались влиянию отрицательных примеров в поведении со стороны ближайших родственников, злоупотребляющих алкоголем, имевших судимости, характерологические отклонения (43%, I9,I и I9,5% - соответственно) и алкогольной компании сверстников и старших друзей.

Под влиянием отрицательной микросреды, формирующей "алкогольную личность до болезни" подростки быстро приобщались к питейным обычаям, становление алкоголизма у большинства происходило по механизму "деформации" (Сидоров П.И., I979). Алкоголизация становилась одной из сторон асоциального поведения. На ранних этапах обнаруживалась резко выраженная школьная и социальная декомпенсация, деликвентное поведение (отставание в учебе, уходы из школы, бродяжничество, угон автотранспорта, воровство, хулиганство, праздный образ жизни и т.д.) Характерным для изучаемого контингента являлось опережение социальной деградации в течении алкоголизма.

Отмеченные выше средовые факторы играли значительную патогене-

тическую роль в формировании алкоголизма у подростков. Имеется в виду развитие так называемого "семейного алкоголизма" (, I98I), где наблюдалось меньшее влияние других психопатологических нарушений, а основным являлась семейная отягощенность алкоголизмом. В ряде случаев наблюдался психогенный механизм "полома реактивности", своеобразный "надлом" психики - ускоренный темп формирования алкоголизма под влиянием острого или протрагированного психотравмирующего воздействия (в ситуации следствия, потери близких).

Отягощенность течения алкоголизма у исследуемых обусловлена массивностью наследственной либо приобретенной биологической неполноценностью. Более трети больных имела наследственную отягощенность алкоголизмом, психопатией и другими психическими заболеваниями. У более чем половины больных выявлена психопатизация личности на резидуально-органическом фоне, у 23,8% - психопатии (треть из них - органические), у 26,2% - акцентуация характера и у 4% больных были черты легкой интеллектуальной недостаточности. Психопатические и психопатоподобные изменения личности формировались в основном по возбудимому (68,4%) и неустойчивым типам (20,I%). Для этих больных характерны аффективные вспышки, агрессивные формы поведения с растормаживанием влечений, черствость, грубость, жестокость, лживость, подчиняемость.

Более выраженные психопатические черты характера коррелировали с утяжелением течения заболевания и изменениями личности (заострение черт характера).

Темп течения и тяжесть симптоматики алкоголизма в определенной степени зависели от психосоматической зрелости подростка, от того, насколько успешно он адаптируется к требованиям общества.

Более уязвимыми в этом плане оказывались подростки при алкоголизации в негативной фазе пубертата, которая вела к манифестации и более злокачественному течению алкоголизма.

У больных с задержкой онтогенеза Эретардантов с нейроэндокринной недостаточностью - 25,2% при алкоголизации в более поздние сроки (I5-I6 лет) наблюдалось прогредиентное течение алкоголизма.

При определении уровня адаптации учитывалась изначальная толерантность к алкоголю и тип реагирования нервной системы (возбудимый или тормозимый, астенический).

При очень низкой изначальной толерантности (до 50,0 вина) у больных (25%) быстро нарастала толерантность, в течение 2-3 месяцев исчезал рвотный рефлекс, на органически неполноценном фоне очень быстрыми темпами нарастала тяжелая алкогольная симптоматика.

Неблагоприятным фактором оказывалась и очень высокая изначаль-

ная толерантность. Больные (28%) в начале алкоголизации переносили большие дозы (150,0 - 200,0 водки), быстро наращивали дозы, и у них быстрее формировались симптомы алкоголизма. Наблюдались случаи приема токсических доз алкоголя, в связи с чем больные попадали в отделения реанимации в состоянии алкогольной комы не только в период становления, но и в период сформировавшегося алкоголизма. Как при изначальной очень высокой, так и очень низкой переносимости алкоголя толерантность увеличивалась до очень высоких доз, в 4-6 раз, тогда как при средней - в 2-3 раза.

Лица с возбудимым типом реагирования путем приема алкоголя стремились снять напряжение. В состоянии опьянения они становились "добрее". При астеническом типе реагирования у неустойчивых личностей снималось чувство апатии, неполноценности.

В ряде случаев (13,5%) социально-психологический механизм "компенсации" в формировании алкоголизма являлся ведущим. На фоне неполноценной биологической почвы под влиянием психотравматизирующей и деформирующей личность подростка микросреды быстро формируются симптомы алкоголизма, утяжеляется его течение.

О КЛИНИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Стрельчук И.В.

В последние годы заболеваемость женщин хроническим алкоголизмом в развитых странах растет. Если в XIX веке алкоголизм среди женщин встречался очень редко и считался уродливым явлением, то в настоящее время женщины по линии алкоголизма стремительно нагоняют мужчин. Хронический алкоголизм у женщин по отношению к мужчинам, по данным (1962), составлял: в ФРГ 1:10, в Англии 1:2, в США 1:5,6, в Финляндии 1:15, в Швеции 1:23. В настоящее время эти показатели, особенно в США, гораздо выше. В более поздних работах (, 1967) соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом указано в пределах от 1:5 до 1:1. Во Франции женщины составляют 12% среди лиц, страдающих алкоголизмом ( ). Советские авторы в различных работах сообщают, что количество женщин, страдающих алкоголизмом, по отношению у мужчинам-алкоголикам, поступившим в психиатрические больницы, составляет от 4,5% (Кокин М.К., Отьянц Л.А., Вериловская З.Н.) до 15% (Авербух И.Е.). В среднем этот показатель значительно колеблется в зависимости от региона. Рост алкоголизма среди женщин отчасти можно объяснить социальными факторами, ибо женщины, наряду с мужчинами, работают на заводах, фабриках, в строительстве, сельском хозяйстве, сфере обслуживания, подражают мужчинам в бытовом потреблении алкоголя, привыкают к нему, и бытовое пьянство перерастает в болезнь - хронический алкоголизм.

Было изучено 3300 женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, лечившихся в 13 психиатрической больнице г.Москвы.

Начали пить до 17 лет - 10,1%, до 20 лет - 36,8%, от 20 до 30 лет - 22,7%. Начали злоупотреблять алкоголем, т.е. заболели хроническим алкоголизмом, до 20 лет - 2,6%, от 20 до 30 лет - 17%, от 30 до 40 лет - 35,6%, от 40 до 50 лет - 32,4%, от 50 до 60 лет - 10%, старше 60 лет - 1,9%. Следовательно, 55,2% обследованных лиц начали злоупотреблять алкоголем в возрасте до 40 лет. Мы не можем подтвердить мнение о том, что алкоголизм у женщин начинается позднее чем у мужчин. Особой разницы в возрасте начала заболевания алкоголизмом у женщин и мужчин мы не наблюдали.

Факторов, способствующих формированию хронического алкоголизма у женщин, много, их роль не всегда одинакова. Часто имеется корреляция эндогенных и экзогенных факторов, к которым в процессе зло-

употребления алкоголем добавляются психические и соматические изменения, обусловленные злоупотреблением алкоголя. Хронический адкоголизм у женщин имеет более выраженную прогредиентность и формируется в более быстрые сроки, чем у мужчин. Темп, прогредиентность алкоголизма коррелируют с возрастом начала болезни. Чем моложе возраст начала заболевания, тем злокачественнее оно протекает.

Большую роль в формировании алкоголизма у женщин играет социальная микросреда, профессия, тяжелая психическая травма (развод, смерть близких). Наблюдаются семейные формы алкоголизма, где муж приучает пить жену,или жена - мужа. Известную роль в формировании алкоголизма может играть профессия: официантки ресторанов, пивных баров, буфетов, продавцы, торгующие вином, работники ликерно-водочных заводов, которые имеют широкий доступ к алкогольным напиткам, продавцы с лотеов, палаток, на улицах, которые в зимнее время пьют, чтобы согреться, и постепенно привыкают к алкоголю.

Нередко хроническим алкоголизмом болеют одинокие женщины. Среди изученных нами 3300 больных алкоголизмом женщин замужних было 49%, разведенных - 28,2%, одиноких - I5,8%, вдов - I,9%.

У женщин, которые начинают злоупотреблять алкоголем до 30 лет, отмечается быстрое формирование основных клинических проявлений хронического алкоголизма: патологические влечение к алкоголю, абстинентного синдрома, повышения или понижения толерантности к алкоголю, психических и соматических изменений. Переход начальной в среднюю, а средней в тяжелую стадию у них быстротечен. Изменения личности часто идут по истериподобному или психопатоподобному типу. Если это были больные неврозами или психопатиями, то отмечается декомпенсация этих заболеваний. Социальная деградация наступает более быстро, чем у лиц, начавших пить в зрелые годы. Алкогольные психозы отмечаются во много раз реже, чем у мужчин в возрасте до 30 лет. Женщины, страдающие алкоголизмом, в большей мере, чем мужчины, лживы, преуменьшают или даже скрывают свой алкоголизм, заявляя, что они в больницу попали случайно, по злой воле мужей, соседей или других лиц. В пьяном виде многие женщины злобны, драчливы, возбуждены, плаксивы. Более спокойно ведут себя опьяневшие женщины в среднем и пожилом возрасте. В возрасте 50-60 лет привыкание к алкоголю развивается медленно. Ввиду сопутствующего атеросклероза сосудов мозга, женщины плохо переносят алкоголь, часто наблюдается интолерантность к алкоголю, инвентированная реакция на алкоголь, нередко развивается психоорганический синдром.

У заболевших алкоголизмом были различные характерологические особенности. Большинство из них (57%) считали себя жизнерадостными, общительными, доброжелательными, уравновешенными. Спокойными счита-

ли себя 10,8%, замкнутыми - 7,6%. У большинства из них - под влиянием злоупотребления алкоголем - характер изменился: они сделались весьма раздражительными (47%), грубыми и злобными (9,8%), нервными, обидчивыми, плаксивыми (1,9%), патологически замкнутыми (8%). Таким образом, хроническая интоксикация алкоголем уже спустя несколько лет, особенно в молодом и среднем возрасте вызывает психические изменения, среди которых на первый план выступают лживость, преуменьшение своего пьянства, снижение критики к своей болезни. Бред ревности наблюдается очень редко, что объясняется физиологическими особенностями женщин, у которых меньше физиологических и психологических предпосылок для развития бреда ревности.

Эпилептиформные припадки возникали у 3,4%, т.е. реже, чем у мужчин. Зрительные галлюцинации отмечались у 4,6%, слуховые - у 6,8% - тоже значительно реже, чем у мужчин. Сердечно-сосудистые заболевания встречались - у 12,1%, желудочно-кишечные - у 9,4%, заболевания печени - у 10%, нарушение менструального цикла и преждевременный климакс - у 16,4%. В зрелом возрасте (30-45 лет) у женщин наступают более ранние признаки преждевременного старения. Раннее постарение и утрату генеративной функции у женщин отметила также Романова М.В. Алкогольный юмор у женщин разных возрастов, страдающих алкоголизмом, встречается реже, чем у мужчин, у них ослабевают, тормозятся этические, эстетические, моральные, нравственные качества личности. При алкоголизме в средней и тяжелой стадии исчезает чувство долга перед семьей, коллективом. Они нередко бросают детей, не заботятся о них, и судебные органы лишают их прав материнства. Алкоголизм у женщин носит чаще всего систематический, реже периодический (запойный и псевдозапойный) характер.

Прогноз у женщин менее благоприятен, чем у мужчин, хотя и у них мы наблюдали ремиссии свыше 15 лет. Превращение нормальной женщины в алкоголика происходит под влиянием ряда причин, а именно - укоренившихся питейных традиций, психологической потребности уйти от психотравмирующих факторов, фармокологических свойств алкоголя (самый древний транквилизатор), возникновения поражений мозга от длительного злоупотребления алкоголем, которые ведут к снижению критики, недооценке своего состояния и вытекающему отсюда неправильному отношению к своим болезням. Общий знаменатель для всех алкоголиков - мужчин и женщин - это неспособность пить умеренно в результате приобретенного патологического влечения к алкоголю, утраты контроля над количеством выпиваемого алкоголя. Раз контроль над собой потерян - он уже никогда не может быть востановлен. Прием даже незначительных доз алкоголя ведет к рецидиву алкоголизма.

Единственный путь при лечении таких больных - это полная абстиненция, воздержание от алкоголя в течение всей жизни.

Лечение должно проводиться дифференцировано, с учетом возраста, стадии болезни, выраженности соматических и психических нарушений. Проводят детоксикационную терапию, витаминотерапию. Подавляют патологическое влечение к алкоголю (которое бывает особенно выражено в молодом и среднем возрасте) - феназепамом, этаперазином, диазепамом, грандаксином. При аффективной патологии, особенно депрессии, дисфории, назначают амитриптилин, триптизол, оксибутират лития, микалит. Из стимуляторов назначают стрихнин, секуринин, аралию манчжурскую. Во избежание привыкания и развития токсикомании - малые транквилизаторы назначают циклами с перерывами. В пожилом возрасте у лиц свыше 60 лет особое внимание необходимо уделить лечению соматических заболеваний, им показано лечение чабрецом, нейролептиками и транквилизаторами, подавляющие тягу к алкоголю, назначают в меньших дозах и на более короткие сроки. Условнорефлекторная терапия и лечение тетурамом показаны только в молодом и среднем возрасте (до 60 лет). Психотерапия (гипнотерапия, групповая терапия, аутотренинг и др.) должны занимать ведущее место. Трудовая реадаптация и реабилитация должна начинаться с первых дней лечения. Следует шире использовать физиотерапевтические методы лечения. Комплексное лечение и длительное поддерживающее лечение будут способствовать повышению эффективности лечения этих больных.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВПЕРВЫЕ ВЗЯТЫХ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ В ВОЗРАСТЕ 15-24 ЛЕТ В 1976 И 1981 ГОДАХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ Г.МОСКВЫ

Творогова Н.А., Мирошниченко Л.Д., Ураков И.Г.

Для г.Москвы, крупного промышленного и научного центра, проблема подростково-юношеского алкоголизма представляет особый интерес, поскольку среди населения города довольно значительной является прослойка молодежи как обучающейся в средних (общеобразовательных) и высших учебных заведениях, так и занятой в различных отраслях народного хозяйства.

Для анализа был выбран период с 1976 года (года начала функционирования самостоятельной наркологической службы) по 1981 год. Возрастные группы приняты следующие: 15-17 лет - подростки, главным образом, учащиеся средних общеобразовательных и специальных учебных заведений; 18-19 лет - ранний юношеский возраст и 20-24 года - зрелый юношеский возраст. В состав двух последних возрастных групп входят и учащиеся различных типов учебных заведений и работающие в отраслях народного хозяйства.

В 1981 г. число больных, впервые взятых на учет по поводу алкоголизма, включая алкогольные психозы, в возрасте 15-24 лет несколько возросло по сравнению с 1976 г. Следует отметить, что этот прирост оказался более высоким, чем прирост числа взятых на учет больных всех возрастов вместе. Однако прирост больных по выбранным нами возрастным группам оказался весьма неодинаковым: в группе 15-17 лет число больных, впервые взятых на учет , в 1981 году сократилось по сравнению с 1976 годом на 30,0%; в группе 18-19 лет произошел прирост на 5,4%; а в группе 20-24 лет прирост оказался самым высоким и составил 21,1%.

Интенсивные показатели учтенной заболеваемости алкоголизмом в возрастной группе 15-24 лет весьма разные как в зависимости от пола, так и от возраста. Так, в 1981 г. показатель заболеваемости (на 100 000 человек населения соответствующего возраста) в возрастной группе 15-17 лет был в 10 раз меньше, а в группе 18-19 лет в 5 раз меньше, чем в группе 20-24 лет.

По сравнению с 1976 г. показатели учтенной заболеваемости алкоголизмом изменились следующим образом: в возрастной группе 15-17 лет показатель заболеваемости уменьшился на 14,9%, в группе 18-19 лет остался без изменения, а в группе 20-24 лет увеличился на 15,5%.

Основную массу больных, впервые взятых на учет по поводу алко-

голизма, составляют мужчины. В 1981 г. в целом по группе 15–24 лет показатель заболеваемости у мужчин был в 8,2 раза больше, чем у женщин. Анализ данных о соотношении показателей заболеваемости мужчин и женщин, впервые взятых на учет в 1976 и 1981 гг., свидетельствует, что высказываемое некоторыми авторами мнение о значительном росте женского алкоголизма за последние годы в г.Москве не подтверждается. Соотношение мужчин и женщин среди выявляемых больных всех возрастов вместе почти не изменилось. И наоборот, имеется тенденция к увеличению разницы в возрастной группе 15–24 лет. Во всех рассматриваемых нами отдельных возрастных группах показатели заболеваемости у женщин в 1981 г. уменьшились по сравнению с 1976 г., в силу чего и возросла разница в соотношении показателей заболеваемости у мужчин и женщин:

Соотношение показателей заболеваемости мужчин и женщин

	1976 г.	1981 г.
Больных всех возрастов	9,3	9,5
Больные в возрасте 15–17 лет	9,2	-
Больные в возрасте 18–19 лет	5,2	13,0
Больные в возрасте 20–24 лет	6,2	8,1

Из приведенных данных видно, что в возрастной группе 18–19 лет показатель заболеваемости мужчин был больше, чем у женщин в 1976 г. в 5,2 раза, а в 1981 г. - в 13 раз; в возрастной группе 20–24 лет разрыв увеличился с 6,2 до 8,1 раза; в возрасте 15–17 лет вообще не было взято на учет ни одной девочки-подростка в 1981 г., вместе с тем по больным всех возрастов соотношение показателей заболеваемости мужчин и женщин почти не изменилось: 9,3 в 1976 г. и 9,5 в 1981 г.

Рассмотрим теперь структуру впервые взятых на учет больных алкоголизмом и алкогольными психозами в возрасте 15–24 лет в 1976 и 1981 гг. За этот период почти в 2 раза снизилась доля больных, взятых на учет впервые в жизни в связи с алкогольными психозами, как в целом по рассматриваемой возрастной группе, так и в группе 20–24 лет. Что же касается возрастной группы 15–19 лет, то доля больных алкогольными психозами среди впервые взятых на учет в этой группе снизилась незначительно, потому что уже в 1976 г. доля их была почти в 2 раза меньше, чем в возрастной группе 20–24 лет.

Если принять соотношение, предложенное некоторыми авторами, что алкогольный психоз случается примерно у одного из 30 больных алкоголизмом, то на основании имеющихся данных о всех впервые взя-

тых на учет больных можно получить некоторые представления о величине недоучета: по группе 15–19 лет на одного взятого в 1981 г. на учет приходилось 1,1 не взятого на учет больного (в 1976 г. соотношение было 1:1,2), по группе 20–24 лет соотношение в 1981 г. составило 1:0,8 (в 1976 г. 1:2,8).

Таким образом, из анализа имеющихся данных о структуре впервые взятых на учет больных алкоголизмом и алкогольными психозами за период 1976–1981 гг. следует, что положение с выявлением первичных больных алкоголизмом в возрасте 15–24 лет явно увеличилось, но некоторый недоучет, по-видимому, имеет место.

В подтверждение наших рассуждений об улучшении выявления первичных больных алкоголизмом среди жителей г.Москвы в возрасте 15–24 лет рассмотрим также структуру больных по стадиям заболевания. В 1976 г. основная масса больных в возрастной группе 15–24 лет приходилась на больных с II стадией – 81,9%, но значительной была и доля больных, выявленных в III стадии – 17,4%. В возрастной группе 15–19 лет в 1976 г. большинство больных было выявлено с II стадией – 73,0% и значительной была доля больных с другими проявлениями алкоголизма (дипсоманией и пр.) – 20,2%. В I стадии в 1976 г. на учет не был взят ни один больной.

В 1981 г. структура впервые взятых на учет больных алкоголизмом в возрасте 15–24 лет разительно отличается от структуры 1976 г. В целом по группе во много раз уменьшилась доля III стадии, она стала составлять лишь 2,0%. Еще более значительные изменения произошли в группе 15–19 лет: в 1981 г. уже одна треть больных в этой группе была выявлена с I стадией – 32,1%, две трети с II стадией – 64,2% и совсем отсутствовали больные с III стадией, доля же больных с другими проявлениями алкоголизма также резко сократилась (до 3,7%). Заметно улучшилась структура впервые взятых на учет и в возрастной группе 20–24 лет, где также появились больные с I стадией – 11,1%, а в 1976 г. их не было совсем, резко уменьшилась доля больных с III стадией – до 0,6% по сравнению с 11,3% в 1976 г.

Таким образом, анализ данных о впервые взятых на учет больных алкоголизмом в возрастной группе 15–24 лет свидетельствует, что в г.Москве положение с выявлением и взятием на учет этих больных улучшилось в 1981 г. по сравнению с 1976 г., однако недоучет больных в той или иной мере имеет место, в наибольшей мере, видимо, в группе 20–24 лет.

КЛИНИКА РЕМИССИИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Фарнасова И.В., Никитин Ю.И.

Данные литературы последних лет свидетельствуют о высокой прогредиентности и тяжелом течении алкоголизма у женщин. У них укорочены сроки развития психопатологической симптоматики и сравнительно рано формируется абстинентный синдром. Быстро развивается алкогольная деградация в форме эмоционального огрубения, снижения морально-этического уровня, интеллектуально-мнестических расстройств, резких колебаний настроения. Возникающие ремиссии непродолжительные и нередко прерываются рецидивами. Частота и стойкость ремиссии у больных алкоголизмом, как известно, зависит от многих факторов: стадии и типа течения заболевания, преморбидных особенностей личности, от полной нормализации в процессе лечения психических, соматических или неврологических нарушений, регулярности поддерживающей терапии, устранения конфликтных ситуаций на работе или дома (Качаев А.К. с сотр., I980). По мнению ряда авторов ремиссии у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, возникают реже, чем у мужчин и длительность их короче: от нескольких месяцев до одного-двух лет (Романова М.В., I97I; Стрельчук И.В., I973). Влияние преморбидных особенностей личности на клинику и динамику ремиссий у женщин больных алкоголизмом несомненна. Указанные особенности выражаются эмоциональной неустойчивостью, склонностью к истерическим реакциям и аффективным срывам (Лукомский И.И., Никитин Ю.И., I977). Патологическое влечение к алкоголю в ремиссии у женщин выражено слабо, но вместе с тем оно легко обостряется под влиянием психогений или при спонтанно возникающих изменениях настроения с аффективной лабильностью и депрессивной окраской (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., I973).

С целью изучения терапевтических ремиссий, возникающих у женщин больных алкоголизмом, были исследованы 75 больных в возрасте от 25 до 55 лет. Длительность заболевания алкоголизмом у них составляла от 3 до I0 лет. I8 больных находились на этапе первой стадии, 47 - на второй стадии алкоголизма. 40 больных поступили на лечение первично, 35 - повторно. В анамнезе у повторно поступивших на лечение больных, ремиссия в течение I,5 лет наблюдалась у 8 больных, в течение I года у I6 больных, ремиссия от 4 до 6 месяцев - у II больных. Из общего числа 75 исследованных женщин у 59 (79%) в преморбиде наблюдались отдельные характерологические особенности, проявляющиеся резкими колебаниями настроения с преобладанием депрессивного фона, эмоциональной лабильностью, конфликтностью, трудностью приспособления к жизни. У остальных I6 больных девиации ха-

рактера наступили в результате регулярного употребления алкоголя и проявились в форме аффективно окрашенных неврозо- и психопатоподобных расстройств.

Из 75 лечившихся от алкоголизма женщин у 50 (67%) больных ремиссия продолжается в течение 2 лет, у 20 больных длительность ремиссии составила I год, у 5 больных рецидив возник через 4-5 месяцев после лечения. Таким образом, средняя продолжительность ремиссии у лечившихся больных, не смотря на то, что в 67% случаев они еще продолжаются, составляет I,8 года и является довольно высокой.

В первой стадии заболевания в ремиссии у женщин больных алкоголизмом на первый план выступает астенический симптомокомплекс, который наиболее ярко проявляется в течении нескольких месяцев после лечения. Эмоциональная лабильность сочетается с пониженным настроением, раздражительностью, утомляемостью, снижением работоспособности и нарушениями сна. Больные жалуются на неприятные тягостные ощущения со стороны внутренних органов: сердцебиения, боли в области, возникающие как правило после психений, головные боли. Астеническая симптоматика в течение ремиссии исчезает от 2 до 6 месяцев.

У женщин больных алкоголизмом, находящихся на этапе второй стадии заболевания, первые 2-3 месяца после лечения отмечается утяжеление вышеописанной симптоматики, характерной для первой стадии заболевания. Кроме того, у больных появляется беспричинная тоска, тревога, они не способны переносить малейшие эмоциональные напряжения, периодически обостряется влечение к спиртному. Ситуационные моменты могут на этой стадии усилить патологическое влечение к алкоголю у больных. После выписки из стационара у 80% больных складывались конфликтные ситуации на работе, связанные с неправильным отношением к ним со стороны сотрудников. Лечившимся часто не доверяют, стараются избавиться от них, находят различные поводы для увольнения. Учитывая нарушения в эмоциональной сфере у женщин, страдающих алкоголизмом, крайнюю аффективную лабильность и ранимость их в этот период, указанные ситуации осложняли течение ремиссии и несомненно способствовали возникновению рецидива заболевания. С учетом этого обстоятельства еще в процессе стационарного лечения необходимо по возможности устранить конфликтные ситуации у больных. Характерные для больных алкоголизмом женщин выраженные аффективные расстройства делают понятной широкое применение в комплексе лечебных мероприятий антидепрессантов и транквилизаторов. В частности собственный опыт применения лития оксибутирата у 22 женщин больных алкоголизмом, получавших препарат в течение основного лечения и в ка-

честве поддерживающего средства, показал, что стойкая ремиссия в течение 1,5 лет сформировалась у 19 больных. Следовательно, этот препарат по предварительным данным, является средством, способствующим, подавлению влечения к алкоголю и также выравнивающим эмоциональный фон.

Таким образом, наряду с проведением противоалкогольного лечения, у больных алкоголизмом женщин, важное место в системе лечения должно занимать индивидуальное психотерапевтическое воздействие, направленное на социальную реабилитацию, и применение психотропных средств, позволяющих выравнять эмоциональный фон.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Фрагин В.М.

За последние годы во многих экономически развитых странах наметилась четкая тенденция к росту употребления алкогольных напитков подростками и к увеличению числа больных алкоголизмом в этом возрасте. Однако особенности формирования и своеобразие синдромальных характеристик алкоголизма, вопросы его диагностики, лечения и профилактики изучены еще недостаточно.

Исследованы 36 подростков в возрасте от I5 до I8 лет. Все они в течение от 8 месяцев до I,5 лет регулярно, I-2 раза в неделю, употребляли алкогольные напитки. За этот период алкоголизация у подростков претерпела определенную динамику, и в ее клинической картине обнаруживались отдельные нарушения: возникающие у взрослых лишь в первой стадии алкоголизма. Вместе с тем, при обследовании подростков не удавалось выявить той совокупности симптомов, которая позволяла бы диагностировать у них хронический алкоголизм.

Среди исследованных у I6 обнаружены резидуальные явления органического поражения центральной нервной системы, у I2 - психопатическое развитие личности и акцентуация характера. Большинство подростков (28) росли в условиях неблагополучного микросоциального окружения (пьянство родителей, их низкий культурный уровень, воспитание в неполных семьях, искаженные морально-этические установки в семье, безнадзорность), что приводило к формированию у них педагогической запущенности. У подростков отсутствовал интерес к учебе, круг интересов был крайне узок, мотивы поведения ограничивались в основном стремлением к получению примитивных удовольствий. Еще до начала регулярного употребления алкоголя в структуре личности подростков обращали на себя внимание такие черты как эгоизм, лживость, эмоциональная грубость, безответственность. В поведении они часто бывали конфликтны, агрессивны, обнаруживали склонностьк реакциям протеста. Подростки группировались в "уличные" компании, где они и начинали употребление алкоголя.

В отличие от взрослых, регулярно употреблявших алкогольные напитки, пьянство у подростков в большей степени определялось наличием денег на приобретение спиртного. Однако уже через 5-7 месяцев от начала систематического употребления алкоголя, подростки активно изыскивали средства для его приобретения, как наиболее легкого способа достижения психоделического эффекта. Такие поиски часто

сопровождались совершением антисоциальных поступков. Подобное поведение косвенно свидетельствует о начале формирования у подростков патологического влечения к алкоголю, которое как правило обострялось ситуационно, в группе сверстников, обычно в вечерние часы и несознавалось самими подростками.

Продолжительность этапа бытового пьянства у подростков обычно не превышала I-I,5 лет, что значительно короче, чем аналогичный период у взрослых. Чем моложе был возраст исследованных, тем быстрее протекал у них этап регулярного употребления алкоголя. За это время толерантность к спиртным напиткам возрастала в 3 - 4 раза, значительно отставая вместе с тем от толерантности у взрослых на том же этапе алкоголизации. Предпочтение как правило отдавалось крепленым винам, так как крепкие спиртные напитки подростки переносили плохо в связи с часто возникающей тошнотно-рвотной реакцией.

В отличие от взрослых, злоупотребляющих алкоголем, картина алкогольного опьянения у подростков чаще характеризовалась брутальностью поведенческих нарушений. Эйфория была кратковременной. Быстро возникало психомоторное возбуждение, иногда с дурашливостью. Резко снижался контроль за своими поступками. Неадекватный аффект с эксплозивностью и агрессивными тенденциями часто приводил к совершению противоправных действий. Речедвигательное возбуждение в опьянении у подростков могло внезапно смениться заторможенностью с последующим наступлением сна. На высоте опьянения характерными были атактические расстройства.

Употребление спиртных напитков подростками часто приводило к передозировкам при приеме алкоголя, которые возникали вследствии своеобразного снижения "количественного контроля", из-за резкого ослабления критической оценки тяжести собственного опьянения, стремления к самоутверждению, либо напротив, проявления конформных тенденций. Для некоторых исследованных характерным являлось возникновение рудиментарных алкогольных палимпсестов еще на этапе систематического алкоголя.

При регулярной алкоголизации у подростков быстро развилась стертая астено-невротическая симптоматика. Появлялись повышенная утомляемость, вялость, вспыльчивость. Снижалась способность к концентрации внимания, ослабевала память. Указанные нарушения способствовали ухудшению успеваемости в школе или ПТУ, возникновению прогулов в учебных заведениях и на производстве. Вместе с тем, у подростков, в отличие от взрослых, как правило не отмечалось нарушений сна.

Если у взрослых на этапе систематического бытового употребле-

ния алкоголя изменения личности обычно не возникают, то у некоторых подростков они появлялись в рудиментарной форме и при этом были лишены той относительной специфичности, которая определяет собой алкогольные изменения личности у взрослых. К ним прежде всего относится снижение волевых установок, возникновение аффективных колебаний, нарастание эмоционального огрубения. Характерным являлось замедление темпа интеллектуального развития, деформация морально-этических норм, быстрое наступление социальных последствий алкоголизации.

Таким образом, уже при регулярном употреблении спиртных напитков у подростков начинает формироваться патологическое влечение к алкоголю, часто возникает астено-невротическая симптоматика в постинтоксикационном периоде. Опьянение как правило сопровождается выраженными поведенческими нарушениями. Рано появляются изменения личности и наступает социальная дезадаптация. Возникновение вышеописанных нарушений создает предпосылки для быстрого формирования хронического алкоголизма у подростков.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Целибеев Б.А., Ланда А.Н.

Алкоголизм несовершеннолетних является сложной, многопрофильной медико-социальной проблемой. Эффективное изучение этой проблемы возможно только при условии комплексного подхода к ней.

Нами исследованы 56 несовершеннолетних (из них 10 девочек) в возрасте от 14 до 18 лет, регулярно употребляющих алкогольные напитки и обнаруживших признаки алкоголизма: потерю самоконтроля, рост толерантности, абстинетный синдром и другие. Тяжесть и течение алкоголизма у больных были неоднородны. Наряду со злокачественным течением заболевания (32 больных), отмечались случаи, когда употребление алкогольных напитков было следствием давления группы, либо было связано с проявлением подростковой оппозиции, реакции эмансипации. В ряде случаев после службы в армии при благоприятной профессиональной и семейной ситуации злоупотребление алкогольными напитками у исследованных практически прекращалось (24 несовершеннолетних). Обычно это - конформные личные личности с чертами неустойчивости в подростково-юношеском возрасте.

Формированию алкоголизма у несовершеннолетних способствуют дефекты воспитания. Нередко у подростков, злоупотребляющих алкогольными напитками, отсутствовал один из родителей, чаще отец, отмечался низкий культурный уровень родителей и узость их интересов. Подростки были часто лишены необходимой для их возраста моральной и эмоциональной поддержки родителей.

Как известно, важнейшими психологическими особенностями подросткового возраста являются стремление подростка к овладению взрослыми формами поведения, к утверждению своей самостоятельности. При этом подросток ищет опору в обществе сверстников. Потребность в групповой принадлежности у подростков столь велика, что они не всегда отдают себе отчет - какова основа этих отношений. Возникают группы с определенными нормами поведения, со своеобразной субкультурой, иногда антисоциальными установками. Употребление алкогольных напитков и курение являются распространенными формами овладением поведением взрослых в таких группах подростков. Из-за недостатков воспитания для некоторых подростков такие формы поведения становятся ведущими.

Следует учитывать и ранние биологические созревание подростков на фоне импульсивности, недостаточных социального опыта и познава-

тельных возможностей. Для подростков характерна аморфная структура побуждений, у них преобладают ситуативно-импульсивные аффективные реакции.

Среди больных со злокачественным течением алкоголизма отмечались подростки с органической неполноценностью и отдельными чертами эпилептоидности, дебильности, шизоидно-аутистические личности. У этих лиц на развитие алкоголизма оказало влияние неблагоприятное сочетание микросоциальных и преморбидно-личностных факторов. У 70% несовершеннолетних отец или другие члены семьи страдали алкоголизмом. Привязанность подростка к отцу обычно отсутствовала. Мать часто была по характеру мягкая, уступчивая. Иногда у матерей наблюдались депрессивные расстройства. Все больные наряду с алкоголизацией курили.

Первое опьянение нередко вызывало у подростков отвращение, сонливость. Лишь повторные опьянения начинали сопровождаться эйфорией. Знакомство с алкогольными напитками обычно происходило в компании. В двух случаях детей спаивали отцы-алкоголики. Толерантность быстро возрастала, но у больных с признаками психоорганического синдрома она не была особенно высокой. Быстро формировался синдром психической и физической зависимости. Усиливались черты конфликтности, раздражительности, импульсивности, отмечалось ослабление воли, возникали стойкие неправильные морально-этические установки. Подростки уклонялись от учебы, приходили в школу или ПТУ в состоянии опьянения.

По нашим наблюдениям, у несовершеннолетних чаще, чем у взрослых встречались амнестические формы опьянения. У детей алкогольные напитки могут вызвать гипогликемические состояния (Целибеев Б.А.), что в сочетании с сильным снотворным эффектом алкоголя приводило к глубокой степени помрачения сознания.

Опьянение у подростков нередко сопровождалось ситуационной дезориентировкой, агрессивными действиями. У подростков с выраженным антисоциальным поведением иногда отмечались самодеструктивные тенденции.

Если первое время алкоголизация происходила в компании сверстников, то в далеко зашедших случаях алкоголизма нередко отмечалось одиночное пьянство, особенно у шизоидно-аутистических личностей. Поиски компании определялись чисто утилитарными соображениями: достать деньги на алкогольные напитки. Часто для приобретения денег подростки прибегали к кражам, вымогательству у младших.

Прогноз юношеского алкоголизма тем хуже, чем раньше он начался. Наряду со значимостью возрастного фактора в развитии злокачест-

венного алкоголизма, существенным является наличие у больных резидуально-органической симптоматики, либо шизоидно-аутистических черт. Иногда характерным для неблагоприятно протекающего юношеского алкоголизма было изначальное отсутствие рвотного рефлекса. По нашим данным при злокачественном течении подростково-юношеского алкоголизма почти во всех случаях в анамнезе у больных отмечались тяжело протекающие детские инфекции, частые и тяжелые черепно-мозговые травмы. Многие больные рождались в асфиксии. Уже с первых классов у больных возникали трудности в учебе. Невозможность удовлетворять требованиям педагогов и родителей, насмешки одноклассников толкали подростков к группам с асоциальным поведением. С трудом окончив 7-8 классов, они практически не обучались в ПТУ: либо пропускали занятия, либо приходили на них в состоянии опьянения. Постепенно отдельные черты бравады и самоутверждения исчезли, преобладало равнодушие или благодушное настроение со склонностью к плоским шуткам. Большинство подростков состояло на учете в детских комнатах милиции.

Больные этой группы были резистентны к психотерапевтическим мероприятиям, на продолжительное время положительный эффект оказывала индивидуальная рациональная психотерапия. Для больных со злокачественным течением алкоголизма необходимо создание специальных учреждений медико-воспитательного профиля с трудовым обучением и лечением.

При более благоприятном течении подросткового алкоголизма хорошее действие иногда оказывало изъятие подростка из асоциальной группы, вплоть до перемены места его жительства.

В индивидуальной психотерапевтической работе с несовершеннолетними больными алкоголизмом необходимо использовать неблагоприятные обстоятельства, возникшие в результате употребления алкоголя. Нужно учитывать всю многогранность социальных, учебных и других проблем, которые становятся особенно актуальными во время ремиссии. Подросткам и их родителям требуется помощь в решении этих проблем. Психотерапевт должен предусмотреть как больной будет жить без алкогольных напитков, чем заполнит свое свободное время, каковы будут его интересы. Психотерапевтические установки врача должны быть конкретными.

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Цетлин М.Г., Корчагин С.В., Яздовская С.В.

Клинико-психологическое исследование 20 больных хроническим алкоголизмом в возрасте от 18 до 25 лет (см.предыдущую статью этих же авторов в настоящем сборнике) показало наличие у них ряда личностных особенностей:

1) сниженная или завышенная самооценка;

2) выраженная противоречивость желаний, стремлений, тенденций, а следовательно, и форм поведения;

3) низкая устойчивость к стрессам с готовностью к реакциям отказа, протеста, оппозиции, бегства от трудностей;

4) значительные сложности в общении с окружающими.

Эти особенности необходимо учитывать при использовании различных психотерапевтических методов, составляющих единый комплекс в своем воздействии на личность больного.

Основной формой психотерапии больных алкоголизмом в юношеском возрасте в условиях наркологического стационара при промышленном предприятии является групповая. Создается стабильная психотерапевтическая группа, в которую включается не более 8-12 человек, - в связи с необходимостью преодоления трудностей общения и недостаточностью коллективистских навыков у этих больных. Врач, учитывая свойственные юношам, особенно страдающим алкоголизмом, оппозиционность, нетерпимость к любой попытке "менторства", стремится с самого начала работы с группой максимально заинтересовать и "раскрепостить" больных, поощрять их активность, вести занятия в недирективной форме, в плане доверительного общения, с позиций строгого, но всегда доброжелательного старшего товарища. Таким образом в какой-то мере компенсируется потребность больных в такого рода отношениях. В ходе групповых занятий (их частота 4-5 раз в неделю) рациональная психотерапия направляется на раскрытие основных психологических особенностей юношеского возраста, их роли в качестве фактора риска заболеть алкоголизмом. Указываются "нормальные" пути становления взрослой личности, перестраивается представление больных о себе, различных сторонах их жизни, о формах адекватного общения. Отталкиваясь от противоречивости тенденций юношей, упор во врачебных установках делается на позитивную сторону их честолюбия, тенденции к самоутверждению, стремление к славе, силе, любви и т.д. Информация, для лучшего ее сознания, настойчиво закрепляется пов-

торными опросами, а также заданием вести "дневник занятий и работы над собой". Широко используются методики "психотерапевтического зеркала" и "анонимного обсуждения", в частности, для доказательства больным наличия у них хронического алкоголизма, его определенной стадии, существенных личностных сдвигов, обусловленных болезнью. Применяются метод дискуссий и библиотерапия; материалом для них служат тематическая научно-популярная и художественная литература.

На 3–4 неделе лечения в комплекс психотерапии включаются занятия аутогенной тренировкой (АТ), в которой ведущей является гетеросуггестия. Больным предлагаются начальные, простые для усвоения формулы АТ (расслабления, тепла, успокоения). Разъясняется роль АТ в достижении психической релаксации, в преодолении типичных юношей стрессовых ситуаций. К концу лечения вырабатываются индивидуальные формулы саморегуляции и самоутверждения, в том числе утверждения на позициях трезвости.

На завершающем этапе лечения (10–12 его недели) в групповые занятия включаются элементы психотерапевтической игры. Речь идет об игровом моделировании наиболее типичных и актуальных для членов данной группы ролей и ситуаций с высоким риском алкоголизации. Такие "игры" помогают выявить истинный характер трезвеннической установки больных, особенно степень формальности ее декларирования, выработать конкретные приемы поведения в трудных для них ситуациях (привычные компании, праздничные ритуалы и т.п.)

Параллельно с групповой систематически проводится индивидуальная психотерапия с каждым больным. Врач стремится закрепить у больного объективную самооценку, определить его критическую позицию в отношении своего прошлого и конкретные перспективы на будущее – в личном, семейном и трудовом планах. Самооценка, планы на будущее строятся с обязательным учетом выявленных в ходе психологического исследования и психотерапевтических занятий сохранных позитивных свойств личности больного, наличия у него определенных задатков творческих или технических способностей, тех или иных особенностей характера, восприятия, эмоционального реагирования. Наличие "опорных" свойств личности доказывается больному путем предъявления результатов психологического тестирования – в доступной ему форме. Например, больной М., 24 лет, после окончания школы работал слесарем, механиком, официантом. Нами у него были выявлены художественные склонности, элементы эмоциональной тонкости. В ходе повторных бесед с больным он вспомнил о своем детском увлечении рисованием, о юношеских мечтах стать художником-модельером, а затем решил пойти учиться в специализированное профессионально-техническое училище;

это решение всячески подкреплялось врачом.

Таким образом, все методы групповой и индивидуальной психотерапии (рациональная психотерапия, АТ, игровая терапия; при показаниях - гипносуггестия, помогающая закреплять позитивные установки) учитывают особенности психологического статуса этого возрастного контингента и имеют единую направленность - на восстановление нормального функционального уровня личности, максимальное использование ее ресурсов, ее социальную реадаптацию.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ ИЗУЧЕНИЯ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Чугунов В.С., Васильев В.Н., Еремеев М.С., Дербенева Л.М.

В настоящее время не вызывает сомнений, что симпато-адреналовая система (САС) принимает непосредственное участие в формировании неврозоподобной и органической симптоматики, развивающейся вследствие хронической алкогольной интоксикации.

Известно, что первичным звеном в этой сложной реакции является выделение норадреналина в гипоталамусе с дальнейшей активизацией мозгового слоя надпочечников, что ведет к выделению адреналина. В то же время среди больных с неврозоподобной симптоматикой алкогольного генеза отмечается достаточно частое поражение гипоталамуса, который является и осциллятором суточного ритма катехоламинов, который в свою очередь отображает адаптацию человека к окружающей среде.

Все это делает необходимым проведение исследований по изучению активности САС больных, у которых нарушения функционирования САС носят частный характер.

Нами обследовано 173 больных с гипоталамическим синдромом алкогольного генеза в возрасте 25–45 лет.

У этих больных выявлялся симптомакомплекс, возникающий в результате хронической алкогольной интоксикации, в картине которого имелись вегетативно-эндокринно-трофические и неврозоподобные расстройства.

За основу нами был взят комплексный метод изучения САС, разработанный Васильевым В.Н., в основу которого положено изучение активности, реактивности, функциональных и синтетических возможностей, а также суточного ритма с помощью изучения адренограмм (графическое изображение выделения катехоламинов в аспекте суточного ритма).

В связи с тем, что в литературе практически отсутствуют данные о сезонных изменениях САС больных с гипоталамическим синдромом алкогольного генеза, нам представляется интересным рассмотреть этот вопрос и в аспекте сезонности.

Экскреция катехоламинов – адреналина и норадреналина, а также дофамина и ДОФА определялась флюорометрическим модифицированным методом и . Мочу собирали в течение суток с 9–12ч, 12–16., 16–20., 20–9 ч. и полученные данные сравнивали с таковыми у клинически здоровых людей адекватного возраста.

При анализе данных адренограмм больные с гипоталамическим

синдромом разделились на два типа:

I тип (полиморфный) характеризовался кризами норадреналового типа на воне повышенной экскреции адреналина и резко сниженных резервов - ДОФА и, особенно, дофамина. По времени формирования этих кризов выделились три формы. В клинической картине у данных больных отмечалась выраженная неврозоподобная симптоматика.

Для I формы характерны кризы в утреннее время (9-12 ч.), для 2 формы - дневное время (12-16 ч.) и 3 формы - в вечернее время (16-20 ч.).

I форма характеризовалась резким нарушением суточного ритма экскреции обоих катехоламинов. В динамике адреналина имелся один максимум в течение суток, смещенный на дневное время, который для этого периода суток при сохранении 2-кратного повышения в остальные периоды суток, в то время как у здоровых людей экскреция адреналина составляла 4,3 мг/мин - утром; 3,0 мг/мин - днем; 4,8 мг/мин - вечером; 2,0 мг/мин - ночью, т.е. два максимума - утром и вечером. В суточной динамике нормадреналина было характерно смещение максимума на утреннее время, протекающего по типу криза и характеризующегося перепадом от 7-8-кратного превышения нормы утром до 1,5-2 кратного ее превышения днем, с последующим понижением до нормы или ниже нормы в 1,5 раза вечером и 1,5-кратного превышения в ночное время.

2 форма имела резкое нарушение суточного ритма норадреналина и менее выраженное адреналина. В экскреции адреналина сохранены максимумы в утреннее и вечернее время при повышении амплитудных колебаний. Так, утром отмечалось 4-6-кратное превышение нормы со снижением в дневное, вечернее, ночное время до 1,5-2-кратных величин. У всех больных выявлялась зависимость усиления влечения к алкоголю в предкризовые периоды, что можно использовать для целенаправленной терапии. В динамике норадреналина смещение максимума с 7-8-кратным превышением нормы на дневное время при норме - 2-кратном превышении утром и норме - 2-кратном понижении вечером и практически норме ночью.

У 3 формы отмечались значительные нарушения в динамике адреналина и норадреналина. В динамике экскреции адреналина наблюдалось нивелирование ритма, при 3-5-кратном превышении нормы утром, 3-кратном днем, 1,5-кратном вечером и 2-3-кратном ночью.

В динамике экскреции норадреналина имелся один максимум, по типу криза, когда экскреция норадреналина в 4-5 раз превышала норму на фоне увеличения в 2-2,5 раза по сравнению с нормой утром и в пределах нормы днем. Экскреция норадреналина ночью была в преде-

лах нормы.

Рассматривая эти формы в сезонном аспекте, можно было отметить, что суточный ритм экскреции обоих катехоламинов не подвержен сезонным колебаниям и во все сезоны года соответствует таковому, характерному для той или иной формы. Некоторые сезонные колебания отмечаются по суточной экскреции адреналина и норадреналина. Наибольшее сходство в сезонной динамике отмечается между I и 2 формами, при которых отмечается повышение выделения адреналина в 2,5 раза по сравнению с нормой осенью и зимой, а именно: II,6 ± 0,3 и I2,0 ± 0,8 мкг/24 часа при норме 4,3 ± 0,3 мкг/24 часа (p 0,05) при первой форме и II,6 ± 0,2 и I0,4 ± 0,4 (p 0,05) при второй форме. По экскреции норадреналина эти формы аналогичны, разделяются только осенью и весной; у больных с I формой максимальная суточная экскреция отмечалась весной (20,0 ± 0,4 мкг/24 часа) при осеннем минимуме I5,I ± 0,2 мкг/24 часа, а у больных со 2 формой максимум осенью (20,4 ± 0,4 мкг/24 час.) при минимуме весной (I5,I ± 0,2 мкг/24 час.).

У больных с 3 формой сезонная динамика экскреции адреналина практически аналогична первым двум осенью, зимой и весной, но в выделении норадреналина максимум наблюдается весной (26,5 ± 0,3 мкг/24 час.), а минимум (I5,4 ± 0,3 мкг/24 час.) зимой. Говоря о распространении этих трех форм в сезонном аспекте, можно отметить, что I-я форма преобладает в течение всех сезонов года и составляла 65,7% по сравнению с I6,7 двух других форм.

При сравнении этих трех форм с данными (и др., I964), полученными для клинически здоровых людей и больных с невротическими нарушениями, можно отметить, что сезонная динамика адреналина у больных всех трех форм напоминает таковую группу с неврозами, хотя по динамике норадреналина все три формы отличаются от рассмотренных данных обеих групп, что, вероятно, обусловлено специфическими изменениями в деятельности САС при неврозах.

П тип - простой, характеризовался диссоциацией экскреции адреналина и норадреналина на фоне резкого снижения резервов ДОФА и дофамина. При повышенной экскреции адреналина наблюдалось резкое уменьшение норадреналина, вплоть до полного истощения. У данных больных в клинической картине заболевания доминировала резко выраженная астенизация.

В аспекте сезонной динамики можно отметить, что осенью наблюдалось смещение максимума норадреналина на дневное время с 2-кратным понижением днем и 2-5 кратным в течение суток. В экскреции адреналина - смещение максимума с I,5-2 кратным повышением на утро

и 1,5–2-кратным в течение остального времени суток.

Зимой характерно сохранение суточного ритма норадреналина при пониженной суточной экскреции в 2–3 раза. Для адреналина отмечено увеличение его выделения в течение суток со смещением максимума, что коррелировало с более выраженной астенизацией больных.

Весной у больных наблюдалось смещение максимума адреналина при 6-кратном превышении нормы и увеличении амплитудности. В экскреции норадреналина у больных выявлялось истощение.

Летом отмечено нивелирование ритма адреналина при незначительном его повышении по сравнению с нормой в течение суток и полное истощение норадреналового звена.

Сравнивая данные по II типу с данными в аспекте сезонности, можно отметить, что больные со II типом гипоталамического синдрома по экскреции адреналина отличаются от обеих групп (здоровых и больных неврозами), а по экскреции норадреналина они по сезонам ближе к группам с неврозами.

Таким образом, на основе рассмотренных данных можно отметить, что у больных с I типом гипоталамического синдрома наблюдались различия только в суточном ритме и не отмечалась зависимость от сезона, в то время как у больных II типа выявлялись различия и от сезона.

Сравнивая распространение по сезонам, следует отметить, что I тип в целом преобладает осенью и зимой, а II тип – весной и летом.

Принимая во внимание отмеченные нарушения суточной динамики и резкое снижение резервов, можно предположить, что у больных с гипоталамическим синдромом I типа алкогольного генеза происходит снижение активности дофадекарбоксилазы и, возможно, тирозингидроксилазы часто при сочетании с увеличенной активностью дофамин – – гидроксилазы и катехоламин – – метилтрансферазы, т.к. происходит резкое снижение экскреции ДОФА и дофамина на фоне пароксизмального увеличенного синтеза адреналина и порадреналина.

У больных II типа кроме снижения активности дофадекарбоксилазы и тирозингидроксилазы, вероятно, увеличена активность катехоламин – – метилтрансферазы на фоне снижения активности дофамин – – гидроксилазы.

Нарушения, выявленные на адренограммах, хорошо согласуются с клиническими наблюдениями и служат объективными показателями тяжести состояния больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Энтин Г.М., Дроздов Э.С., Лавренова П.Н.

Лечение больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста является трудной и мало разработанной проблемой.

Зарубежные авторы ( ), 1961, ( ), 1974, ( ), 1977 считают, что лечение алкоголизма у подростков малоэффективно и прогноз неблагоприятен, ввиду отсутствия у них установки на трезвую жизнь.

Отечественные авторы отмечают те же трудности в лечении алкоголизма у подростков (Пятницкая И.Н., 1979, Личко А.Е., 1979) указывают на неэффективность рациональной психотерапии, так как подростки не представляют себе дальнейшего развития алкоголизма. Нет единства мнений о предпочтительности амбулаторного или стационарного лечения подростков. (Капанадзе В.Г., 1980) считает более целесообразным амбулаторное лечение, чтобы исключить взаимно отрицательное влияние подростков в стационаре. В то же время (Веселовский В.В. с соавт., 1976) рекомендует лечить подростков в наркологических стационарах вместе со взрослыми больными и указывают, что у 42 подростков, лечившихся в стационаре эффективность значительно выше, чем у 27, лечившихся амбулаторно. (Пятницкая И.Н., 1979) считает целесообразным создание специализированных наркологических стационаров для подростков, (Лекепекова Л.Н. с соавт., 1979) рекомендуют лечить алкоголизм у подростков в подростковых психиатрических отделениях, (Муратова И.Д. и Сидоров П.И., 1980) ставят вопрос о необходимости принудительного лечения подростков в специализированных школах-интернатах и профтехучилищах.

Все эти формы лечения могут быть использованы в зависимости от индивидуальных показаний (степени нарушений поведения, сопутствующие психические расстройства и пр.). Однако, наиболее целесообразно использовать для лечения больных алкоголизмом подростково-юношеского возраста уже имеющиеся наркологические стационары для взрослых больных, лишь приспособив режим в них к таким контингентам.

Нами впервые осуществлена попытка организации лечения больных подростково-юношеского возраста в наркологическом отделении Московской наркологической больницы № 17 при промышленном предприятии (Московском Государственном подшипниковом заводе № 1). С этой целью в наркологическое отделение на 65 мест стационируются преимущест-

венно социально сохранные, имеющие установку на лечение больные хроническим алкоголизмом молодого возраста (19–28 лет) со сроком лечения 4 месяца. Одновременно в отделение стационируются подростки 16–18 лет, учащиеся профтехучилищ или из числа работающей молодежи. Число подростков в отделении не превышает 6–8 человек, чтобы избежать их группирования и взаимоотрицательного влечения. Срок пребывания подростков сокращенный – 1,5–2 месяца. Подростки, с их согласия, привлекаются к работе на заводе. Они работают по сокращенному рабочему дню (6 часов) и используются преимущественно на подсобных работах, хотя по их желанию, могут привлекаться и к выполнению более квалифицированных видов работы. Лечебный режим подростков не отличается от режима взрослых больных.

К больным старших возрастных групп предъявляются более строгие требования, чем в других отделениях, с тем, чтобы исключить отрицательное влияние их на подростков. В случаях нарушения режима отделения, грубости, различных форм поведения, отрицательно влияющих на подростков, эти больные либо выписываются за нарушение режима, либо переводятся в другие отделения.

В 1982 г. в отделении проведено лечение 23 больным подросткового возраста (16–18 лет) и 93 больным юношеского и молодого возраста (19–28 лет).

Из числа подростков 16 лет – 5 человек, 17 лет – 13 чел. и 18 лет – 5 чел., учащихся ПТУ – 6 чел., работающих – 7 чел., не работающих и не учащихся – 10 чел. (прекративших учебу в ПТУ). Давность злоупотребления алкоголем до 1 года у 3 больных, 1–2 года у 8, свыше 2 лет у 12. Клинически у 19 подростков установлен диагноз хронического алкоголизма I–II и II стадии. У них имело место на протяжении 1 года и более систематическое (2 раза в неделю и чаще) употребление опьяняющих доз спиртных напитков (0,7 л 18% вина и более), изначальное отсутствие количественного и ситуационного контроля потребления спиртных напитков, быстро нарастающая толерантность к алкоголю, постоянное влечение к приведению себя в состояние опьянения, формирующийся (I–II стадия) или сформировавшийся абстинентный синдром (II стадия) с потребностью в опохмелении. У 4 подростков с более короткими сроками злоупотребления (до 1 года и несколько больше) и при отсутствии похмельного синдрома диагностировалась I-я стадия хронического алкоголизма. У всех лечившихся подростков были выраженные формы отклоняющегося поведения (антидисциплинарные, антиобщественные поступки), все в возрасте 14–16 лет состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних милиции, разбирались на комиссиях по делам несовершеннолетних в ис-

полкомах. У 8 подростков имели место формы делинквентного поведения, граничащие с уголовно-наказуемыми поступками (мелкие кражи, злостное хулиганство, нанесение телесных повреждений и др.).

Для всех больных, находящихся в отделении, включая подростков, разработана схема поэтапной терапии.

На первом этапе, длительностью 5-10 дней, проводилось купирование абстинентных явлений, дезинтоксикационная терапия и обязательно начинались использоваться методики условнорефлекторной терапии и применение сенсибилизирующих к алкоголю средств.

При купировании абстинентных явлений использовалась пирогенная терапия. Эффектным оказалось внутривенное введение пирогенала (100-150 МПД с 20 мл 40% раствора глюкозы) - 1-2 инъекции через день, назначение больших доз трихопола (по 1 г 4 раза в день, с последующим снижением до 0,75 г 3 раза в день). Одновременно с трихополом назначались нейролептические препараты (аминазин, тизерцин, этаперазин, неулептил, хлорпротиксен, галоперидол, сонапакс, карбидин). Особенно положительным у подростков оказался модитен-депо, который применялся 12 больным в дозах 0,5-1 мл внутримышечно. При возникновении явлений нейролептического синдрома больным назначался циклодол. Дифференцированное применение нейролептических препаратов приводило к нормализации поведения больных и возможности использовать психотерапевтическое воздействие и противоалкогольную терапию.

Для купирования абстинентных явлений, подавления влечения и сенсибилизации организма к алкоголю использовался 7% масляный раствор тетурама (абрифид), приготовлявшийся 0,7 г. тетурама на 10 мл оливкового или подсолнечного масла, стерилизовался во флаконах, срок хранения 7-10 дней. Перед употреблением флакон разогревался в горячей воде, выпавший в осадок тетурам растворялся, препарат вводился внутримышечно в дозах 2-5 мл, что вызывало выраженную гипертермическую реакцию, и после 2-3 инъекций (через день) отвращение к алкоголю с рвотной реакцией.

По миновании острых абстинентных явлений все больные продолжали получать сенсибилизирующие к алкоголю препараты - трихопол по 0,75 г 3 раза в день или фазижин (тинидазол) по 0,5 г 3 раза в день - 10-15 дней, далее фуразолидон или фурадонин по 0,2 г 3 раза в день, тетурам 0,25 г - 2 раза в день, в различных сочетаниях. Больным, испытывающим влечение к алкоголю, имеющим склонность к нарушению режима, попыткам употребления спиртных напитков, назначалась комбинация нитрофуранов (фуразолидон или фурадонин) по 0,2 г. 3 раза в день с тетурамом по 0,25 г. 2 раза в день в течение 10-15

дней. Одновременно с приемом трихопола или фазижина проводились сеансы условнорефлекторной терапии, преимущественно в форме больших алкогольно-рвотных сеансов (БАРС) - после приема утром 2 г. трихопола больному делалась инъекция 2 мл кордиамина и 2 мл 10% раствора кофеина, после чего индивидуально подбираемая доза 1% раствора апоморфина - от 0,3 до 0,6 мл на первую инъекцию. Возникающая через 5-7 минут рвотная реакция сочеталась с полосканием полости рта и глотки алкоголем. По угасании рвотной реакции, через 15-20 минут - повторная инъекция апоморфина - на 0,1-0,3 мл больше первой и еще через 15-20 минут - третья инъекция. В зависимости от выраженности рвотной реакции проводилось 3-5 БАРС. По окончании условнорефлекторной терапии больные получали сенсибилизирующие к алкоголю препараты (тетурам и нитрофураны), симптоматические средства, психотропные препараты, что составляло второй этап лечения. За 10-15 дней до выписки, на фоне приема тетурама и нитрофуранов проводились алкогольные пробы (по 30-40 мл 40% алкоголя 1-2-3 приема в зависимости реакции).

После выписки назначалось поддерживающее (противорецидивное) лечение.

Применение данной методики позволило удержать в отделении большинство подростков и молодых больных до окончания курса лечения. Из 23 подростков все же 3 совершили самовольные уходы из отделения (один подросток до 1 месяца от поступления, два подростка - свыше 1 месяца), 2 досрочно выписаны по требованию родителей, 1 подросток грубо нарушал режим, за что был выписан.

Большинство подростков и больных молодого возраста успешно прошли курс лечения, что доказывает возможность и целесообразность стационарного лечения подростков в наркологических отделениях при промышленных предприятиях.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА, СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ У ЮНОШЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Чудновский В.А.

Как известно, среди больных алкоголизмом юношей значительный удельный вес занимают лица, перенесшие черепно-мозговую травму. В то же время лишь единичные исследования посвящены изучению особенностей клиники алкоголизма у этих лиц.

С использованием клинико-катамнестического метода были исследованы 32 больных алкоголизмом в возрасте от 15 до 20 лет, перенесших черепно-мозговую травму в возрасте от 13 до 18 лет. У 11 больных установлена отягощенность алкоголизмом, у 2 психическими заболеваниями и у 8 больных психопатиями. Большинство исследованных воспитывалось в неблагоприятных микросоциальных условиях: у 25% больных родители страдали алкоголизмом, у 33% взаимоотношения между родителями были конфликтными или неровными, у 44% больных росли в так называемых неполных семьях.

I стадия алкоголизма была диагностирована у 12 больных и у 20 больных установлена II стадия заболевания. В виду короткого периода I стадии имелись затруднения при ограничении ее от II стадии. Максимальная продолжительность I стадии составляла 6-8 месяцев.

Возникшее, как последствия перенесенной черепно-мозговой травмы, психопатоподобные изменения личности, проявляющиеся в агрессивности, конфликтности, взрывчатости, раздражительности, аффективной неустойчивости, склонности к колебаниям настроения способствовали формированию ранней социальной дезадаптации. Больные оказывались трудновоспитуемыми. У большинства отмечались плохая дисциплина и низкая успеваемость в школе, уходы из дома и школы, бродяжничество, хулиганские поступки и воровство. Возникшая социальная дезадаптация в сочетании с неблагоприятными микросоциальными условиями способствовала сближению исследованных с асоциальной компанией, где систематическое употребление алкоголя оказывалось привычным явлением. В результате больные начинали употреблять, а в дальнейшем и злоупотреблять алкоголем. Весьма непродолжительный период так называемого бытового пьянства с самого начала характеризовался у них неумением ограничить дозу спиртного. Возникновение при этом состояний глубокого опьянения часто сопровождалось неправильным поведением с последующими палимпсестами. Влечение к алкоголю сформировалось в течение от нескольких месяцев до года от начала регулярного

употребления спиртных напитков. Также в очень короткие сроки утрачивался защитный рвотный рефлекс. Опьянение нередко протекало по дисфорическому типу со злобностью, агрессией, поступками, свидетельствующими о нарушении влечений. Иногда опьянение проявлялось заторможенностью, усилением неловкости при общении с окружающими, возникновением напряженности. Это способствовало с самого начала алкоголизации предпочтению больными крепких спиртных напитков вину и употреблению больших доз алкоголя для достижения растормаживающего эффекта, что, в свою очередь, приводило к возникновению состояний тяжелого опьянения. Увеличение доз при этом происходило быстро, почти отсутствовало плато толерантности.

В абстинентном синдроме уже с первых запоев как правило наблюдались психопатологические проявления, которые в других, не отягощенных экзогенными вредностями случаях, присоединялись к сомато-вегетативным симптомам алкогольной интоксикации значительно позже. Как сомато-вегетативные, так и психопатологические симптомы были резко выражены. Психические нарушения у больных проявлялись в форме параноидной настроенности, ночных кошмаров, зрительных галлюцинаций устрашающего характера, депрессивного фона настроения, злобности, аффекта тревоги, безотчетного страха. Сомато-вегетативные расстройства выражались головными болями, головокружением, тремором, астенией, потливостью, тошнотой, рвотой, тахикардией, повышением артериального давления, болями в области сердца и во всем теле. Форма потребления алкоголя быстро приобретала характер истинных запоев. Светлые промежутки между запоями были не продолжительными. По мере прогрессирования заболевания так называемые алкогольные изменения личности, известной мере коррелируя с преморбидными особенностями, способствовали дальнейшему нарастанию изменений личности по психоорганическому типу. Быстро нарастал эгоцентризм, нравственное огрубление, некритичность, склонность к дисфориям, инертность мышления, снижение памяти, лживость, конфликтность, резкое сужение круга интересов, отвращение к выполнению любого вида работы.

Критика к своему состоянию у больных была резко сниженой. К лечению они относились формально. В комплексе противоалкогольного лечения, учитывая органическую симптоматику, особое место занимала массивная дегидратационная и рассасывающая терапия, широко применялись психотерапевтическое воздействие и психофармокологические корректоры. Наблюдавшаяся невысокая частота и небольшая продолжительность ремиссии возникавших у юношей больных алкоголизмом, сформировавшимся в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, диктует

необходимость дальнейшей дифференциации в системе противоалкогольного лечения этих лиц.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ ОТ РОДИТЕЛЕЙ - АЛКОГОЛИКОВ

Энтин Г.М., Пахтер А.С., Яценко Ю.Т.

Отечественные и зарубежные авторы подчеркивают, что потомство алкоголиков склонно к раннему началу злоупотребления алкоголем и развитию алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Так, Пащенков С.З. (1980) указывает, что в семьях, где биологические родственники первой и второй степени родства (отец, мать, дед, бабка) алкоголики - происходит накопление случаев алкоголизма, ранее всего вследствие злоупотребления алкоголем подростками и юношами. Зеневичем Г.В. с соавт. (1974) выявлено, что у лиц, начавших злоупотреблять алкоголем в молодом возрасте, наследственная отягощенность алкоголизмом составляет 75%, в то время, как у больных всех возрастных групп лишь 35%. В целом, отечественные авторы, определяют наследственную отягощенность алкоголизмом при раннем начале злоупотребления алкоголем в 56-75% случаев - Литвинов П.Н. (1968), Артемчук А.Ф. с соавт. (1979), Романова М.В. (1980), Нижниченко Т.И. (1981). Зарубежные авторы - , 1957, , 1971 также считают, что у детей алкоголиков большой риск возникновения алкоголизма именно в молодом возрасте. , , 1981, выявили, что частота алкоголизма у приемных детей, родившихся от отцов-алкоголиков в 4 раза выше, чем у приемных детей от не являвшихся алкоголиками родителей.

Помимо чисто наследственных факторов, предрасполагающих к алкоголизму, в семьях алкоголиков на детей крайне отрицательно влияют алкогольные обычаи, аморальное поведение родителей, конфликтная обстановка в семье, неполная семья (наиболее часто отсутствие отца), воспитание не у родителей, а у других родственников, в школах интернатах, т.е. отсутствие родительской опеки. На значимость этих фауторов, как способствующих раннему приобщению к алкоголю, указывают отечественные авторы - Лукомский И.И. (1971), Ураков И.Г. и Галоненко И.М. (1971), Банщиков В.М. и Короленко Ц.П. (1973), Лисицын Ю.П. и Копыт Н.Я. (1978), Муратова И.Д. и Сидоров П.И. (1979) и зарубежные - 1976, , 1977, 1978 и др.

Из числа наблюдавшихся нами состоящих на учете в связи с ранней алкоголизацией подростков от 15 до 18 лет злоупотребление их родителями выявлено у 78 человек (66 юношей и 12 девушек), что составляет 68% юношей и 70% девушек. В том числе злоупотреблял алкоголем только отец у 63 человек, только мать - 5 человек, оба ро-

дителя у 10 человек (всего 88 родителей - 73 отца и 15 матерей).

Состояли на наркологическом учете и проходили противоалкогольное лечение 25 отцов и 4 матери, были осуждены за преступленя, связанные с пьянством 6 человек, направлены на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории 4 человека, лишены родительских прав 5 человек (матери). Остальные 44 человека по сведениям от родственников подростков, данным социального обследования на дому и сведениям, полученным из милиции длительно злоупотребляли алкоголем, повидимому фактически являлись хроническими алкоголиками, на наркологическом учете не состояли.

Неполная семья у подростков без отца у 42 человек, без матери у 5 человек, воспитывались у родственников 6 подростков. В 25 полных семьях, как правило, имела место конфликтная ситуация в связи с пьянством обоих родителей или одного из них.

Для сравнения особенностей формирования алкоголизма у 78 подростков от родителей, злоупотребляющих алкоголем, изучены 28 подростков, злоупотребляющих алкоголем (26 юношей и 2 девушки) из благополучных полных семей, оба родителя в которых алкоголем не злоупотребляли. Больше достоверно благополучных семей, в которых не пьют оба родителя, выявить не удалось.

Первое употребление спиртных напитков подростками из семей пьющих родителей: до 10 лет - 12 (15,5%), 10-11 лет - 23 (29,5%), 12-13 лет - 45 (55,0%), из непьющих семей до 10 лет не употреблял ни один, 10-11 лет - 3 (11,1%), 12-13 лет - 17 (60,7%), 14-15 лет - 6 (21,1%), старше 15 лет - 2 (7,1%). То есть первое употребление алкоголя у подростков из пьющих семей на 3-5 лет раньше, чем у подростков из непьющих семей. Соответственно начало систематического употребления опьяняющих доз алкоголя у подростков из пьющих семей в 12-13 лет у 12 (15,5%), 14-15 лет - 37 (58,3%), старше 5 лет - 29 (37,2%) из непьющих семей 12-13 лет только 2 (7,1%), 14-15 лет - 10 (35,7%) и старше 15 лет - 16 (57,2%). То есть, начало злоупотребления алкоголем также на 2-3 года позже у подростков из непьющих семей, чем у подростков из пьющих семей.

Приобщение к злоупотреблению алкоголем произошло в семье у 15 (19,1%) подростков из пьющих семей и ни у одного из непьющих, примерно одинаковое количество в группе сверстников или старших подростков по месту жительства - у 33 (42,5%) из пьющих семей и 12 (42,8%) из непьющих семей. В то же время, в профтехучилищах и в среднеобразовательной школе приобщалось к алкоголю относительно большее число подростков из непьющих семей - 16 (57,2%), чем из пьющих 30 (38,4%).

У подростков из пьющих семей значительно раньше, еще до начала злоупотребления ими спиртными напитками, выявились отклонения поведения в виде антидисциплинарных и антиобщественных поступков, 12 из них (15,5%) были взяты на учет в инспекции по делам несовершеннолетних в возрасте 11-12 лет, а в 13-16 лет уже все 78 неоднократно доставлялись в отделения милиции в состоянии опьянения, за драки, хулиганство: мелкие кражи, аморальное поведение и пр.

Подростки из непьющих семей также совершали антиобщественные поступки, доставлялись в отделения милиции, однако, правонарушения у них были менее злостными, лишь в отношении 4-х (7,1%) можно было говорить о делинквентном поведении, в то время, как в группе подростков из пьющих семей такие формы поведения (злостное хулиганство, угон транспортных средств, нанесение телесных повреждений, кражи и пр.) имело место у 25 (32%), в связи с чем 6 человек были направлены в специальные ПТУ, 4 осуждены к лишению свободы.

Формирование симптомов хронического алкоголизма в группе подростков из пьющих семей протекало относительно более злокачественно, чем в группе подростков из непьющих семей. В связи с отсутствием контроля в семье они чаще употребляли опьяняющие дозы алкоголя, у них быстрее нарастала толерантность к алкоголю в 5-8 и более раз превосходившая изначальную, полностью отсутствовал ситуационный контроль потребления спиртных напитков, быстро нарастало влечение к алкоголю, носившее компульсивный характер.

Эпизодическое пьянство, проявлявшееся в хаотическом, нерегулярном, не чаще 1 раза в неделю, употреблении опьяняющих доз спиртных напитков, обусловленном отрицательным влиянием окружающих, без выраженных явлений болезненного влечения диагностировано у 12 (15,4%) подростков из пьющих семей и у 12 (42,8%) подростков из непьющих семей.

Систематическое или привычное пьянство, проявляющееся в регулярном, не реже 1-2 раза в неделю употреблении опьяняющих доз спиртных напитков, быстро нарастающей толерантности к алкоголю, утрате защитного рвотного рефлекса, эксплозивных или дисфорических формах опьянения, отсутствии количественного и ситуационного контроля потребления алкоголя, нестойких элементах болезненного влечения к алкоголю диагностировано у 45 (57,7%) подростков из пьющих семей и 8 (21,4%) подростков из непьющих семей.

Первая стадия хронического алкоголизма, характеризующаяся наряду с перечисленными симптомами привычного пьянства, несомненно патологическим влечением к приведению себя в состояние алкогольного опьянения, с частотой употребления спиртных напитков 2-4 раза в неделю и длительностью такого злоупотребления не менее 6-8 месяцев

имела место у I5 (I9,2%) подростков из пьющих семей и 4 (I0,7%) подростков из непьющих семей.

Наконец у 6 (7,7%) подростков из пьющих семей и 4 (I0,7%) из непьющих имел место формирующийся или сформировавшийся абстинентный синдром, давность злоупотребления алкоголем у них была от I до 3 лет, что давало основание диагностировать хронический алкоголизм в I-П и П стадиях.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что у подростков из пьющих семей злоупотребление алкоголем начинается раньше, значительно более выражены формы отклоняющегося поведения в том числе и криминального, чаще эпизодическое пьянство переходит в привычное и в хронический алкоголизм.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАДИЦИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Петушков Е.Р.

В периоды строительства крупных промышленных центров и освоения новых земель, происходит организованная миграция населения из достаточно развитых и сложившихся в экономическом отношении регионов. Миграция – это передвижение населения в котором в основном принимает участие мужская, молодая часть (Случанко И.С., Церковный Г.Ф., 1976 и др.). Однако к этому необходимо добавить, что это явление и социальное. Так в настоящее время происходит активное освоение и строительство новых индустриальных объектов в районах Восточной Сибири , Дальнего Востока, проведение по этому региону Байкало-Амурской манистрали – все это и в будущем повлечет за собой повышение уровня миграции в эти районы, так как потребуется еще большее число лиц занятых в развивающихся отраслях народного хозяйства. В связи с этим произойдет изменение множества демографических показателей: численность населения и его структура, поло-возрастные характеристики, семейный состав, диспропорциональность занятости в различных сферах производственной деятельности, урбанизация, уровень культуры и благосостояния, процессы воспроизводства, в частности брачность и рождаемость, а так же многие другие переменные.

В течение последнего десятилетия появилось значительное число работ по адаптации человека в экстремальных условиях и высокоширотных регионах, а также в новых географических районах. В этих исследованиях авторы указывают на изменение, как физиологических, так и патологических процессов в организме человека (Бирюков Д.А., 1960; Казначеев В.П., 1970, 1973, 1974; Казначеев В.П., Матрос Л.Г., 1979 и др.) и свойственные этим регионам особых заболеваний, что позволяет картографировать и создавать атласы распространения этих патологических процессов (Авцин А.П., 1972; , 1977; , 1977; , 1978; , 1978 и др.), а в свою очередь определило и новые отрасли знаний по экологии, краевой (географической) патологии и медицинской географии. В этой связи, интересны работы по изучению формирования, особенностей течения и медико-социальных последствий хронического алкоголизма в различных регионах страны (Огнев А.Е., 1975; Осташевская Н.Г., 1977; Петрова Т. А., 1977 и др.). Известны факты о быстром формировании, большой распространенности и злокачественности течения хронического алкого-

лизма среди аборигенных народностей и приезжих жителей Крайнего Севера (Малков Ю.Ш., 1973; Короленко Ц.П., Бочкарева Н.А., 1976; 1977; 1978; Мишкинд А.Д., 1979; , 1971; , 1975 и др.).

Материалом нашего исследования явились больные (918 человек) хроническим алкоголизмом, поступившие в психиатрическую больницу из восточных регионов страны, где, в настоящее время, уровень миграции снизился до минимума и к моменту обследования этого контингента прошло более 30 лет со времени начала его освоения. Особенность географического расположения не позволяет отнести данный регион к высокоширотным с экстремальными климатическими условиями. В материал не вошли лица аборигенных национальностей. Все больные в зависимости от места начала систематического употребления спиртных напитков (от начала заболевания) были распределены на три группы. В I группу вошли лица с началом заболевания до миграции в изучаемый регион - 117 человек (12,7%), во 2 группу, лица с началом заболевания после миграции в регион - 518 человек (56,4%) и в 3 группу, лица родившиеся в данном регионе - 283 человека (30,9%). Оригинальность материала исследования заключается в том, что традиции употребления алкогольных напитков у этого контингента складывались по мере заселения этих земель, а так как, коренное население здесь полностью отсутствовало, - оно не могло своими традициями повлиять на культуру приезжающего населения в целом. Следующей особенностью материала исследования является то, что I группа больных как бы "активно-несущей" традиции употребления спиртных напитков, ибо, она еще до переезда имела клинические признаки хронического алкоголизма. Вторую миграционную группу (2) больных можно определить как "пассивно-несущую" традиции употребления алкогольных напитков и эти традиции соответствуют тем регионам откуда они приехали в изучаемый регион. Чрезвычайно настораживающим моментом является то, что к моменту обследования, а именно через 30 лет после начала заселения, практически одна треть от всего обследуемого контингента больных составили лица уже родившиеся в данном регионе и, как было указано в предыдущих работах (Петушков Е.Р., 1976; 1979; 1980), именно у этих больных заболевание протекало более злокачественно в сравнении с другими группами больных. В тоже время, на характер традиций и особенности употребления алкоголя контингента в целом, I группа больных не могла оказать доминирующего влияния, ибо, она была малочисленной, и характер заболевания у них оказался менее прогредиентный в сравнении со 2 и 3 групп больных. Эта же группа больных имела большую частоту семейно-бытовых нарушений, более

высокий образовательный уровень и соответственно более высокое социальное положение. При одинаковом распределении методов и модификаций существующих методик примененных во время проведения активной противоалкогольной терапии, - длительность последней терапевтической ремиссии у больных 3 группы (родившейся в регионе) оказалась значительно короче. Этот факт указывает на особенность течения заболевания у этой группы больных, хотя весь контингент проживает в одинаковых социально-экологических условиях. Не подтвердилось предположение, что у приезжающего населения существует "скрытый", протекающий без клинических проявлений адаптационный период, который мог бы повлиять на изменение характера психического реагирования. Не подтвердилась в нашем случае и гипотеза о том, что лицам занятым низкоквалифицированным трудом и имеющим низкий образовательный уровень - свойственно более прогредиентное течение заболевания, так как 3 группа больных (родившихся в регионе) имела большее число лиц со средним образованием и соответственно большее число с высокой рабочей специальностью и большей квалификацией. Следовательно, уровень существующих традиций бытового употребления алкоголя не находится в прямой зависимости от уровня образования контингента в целом, его социального положения и семейно-бытовой устроенности. Существует мнение, что течение алкоголизма приобретает более тяжелый характер, когда больные начинают употреблять суррогаты алкоголя. Однако, мы обнаружили частое употребление суррогатов алкоголя больными I группы, в тоже время, среди больных 3 группы употребление суррогатов отмечалось значительно реже и употреблялось ими в исключительных случаях - отсутствие спиртного.

Таким образом, формирование, динамика хронического алкоголизма и его медико-социальные последствия зависят от опосредованного влияния существующих традиций и уровня бытового употребления алкоголя, которые могут подвергаться трансформации по мере заселения нового региона, так и изменяться в результате изменения состава населения за счет приезжающего населения. Родившиеся в условиях высокого бытового употребления алкоголя могут воспитываться и под контролем родителей, однако и у тех и у других часто отсутствуют мотивы для воспрепятствования раннего алкогольного опыта. Движение населения, уже само по себе, вызывает дизгармонию в сложной системе межличностных отношений и общей культуры заселяемого региона в целом, в особенности, если над нею не доминирует другая устоявшаяся культура. В следствие миграции, возникает много новых, для данного региона, конкретных социальных и медицинских проблем по адаптации приезжающего населения к тем социально-экологическим условиям, ко-

торые и сами постоянно меняются. Необходимо решение вопросов профилактики возможных заболеваний, нервно-психических расстройств, в том числе и профилактики любых форм злоупотребления алкоголя. Эти вопросы должны рассматриваться и воплощаться в жизнь постоянно и нивелироваться уже с учетом меняющихся демографических показателей. В некоторых регионах, подобных изученному, очевидно, следует введение в практику регламентирующих документов по контролю над продажей спиртных напитков.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫРАЖЕННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Генин П.Р., Зыков О.В.

Проблеме аффективной патологии отводится все большее место во всех разделах психиатрической науки и практики.

При хроническом алкоголизме эмоциональные нарушения относятся к наиболее частым психопатологическим признакам.

Еще в 1914 году Ю.Каннабих указывал на тесную взаимосвязь между маникально-депрессивным психозом и алкоголизмом.

В настоящее время, во всех работах, посвященных описанию клиники и лечения этого заболевания, в той или иной мере, отражаются проявления патологии аффективной жизни.

Удельный вес сдвигов в аффективной сфере больных алкоголизмом, а также в генезе многообразных его проявлений, весьма значителен.

Уже в начальной стадии алкоголизма возникает раздражительная слабость, астения, способствующая усилению интенсивности патологических ощущений. (Земской Л.Н., 1960).

Сдвиги в аффективной сфере определяются, главным образом, не столько эйфоризирующим действием алкоголя, сколько ролью аффективных реакций в формировании сомого влечения к употреблению спиртных напитков. В особенности это относится к возникновению рецидивов этого влечения.

Жислин С.Г. в подробно описанной им клинике "малых" алкогольных расстройств, особое внимание уделяет абстинентному похмельному синдрому, имеющему решающее значение в диагностике алкоголизма и в патогенезе развития алкогольных психозов.

В структуре алкогольного абстинентного синдрома, как в фокусе, проявляются наиболее характерные особенности аффективных нарушений. Они занимают здесь видное, а иногда и первое место.

Часто ведущими симптомами в структуре аффективных нарушений при алкогольном абстинентном синдроме являются угнетенный фон настроения с проявлением тоскливости и чувства собственной вины. С пониженным настроением коррегирует пессимистическая оценка собственных перспектив с мыслями о безысходности.

Пониженный фон настроения, свойственный алкоголикам в состоянии похмелья, часто способствует формированию диффузной тревожно-параноидной установки. Последняя характеризуется боязливостью и страхом, нередко бредоподобным толкованием событий.

Расстройства настроения могут выступать на первый план в клинической картине и вне связи с параноидными компанентами. Они могут способствовать формированию дистимического, депрессивного и астено-депрессивного вариантов алкогольного абстинентного синдрома. Случевский И.Ф. (1957) указал на возможность возникновения депрессивных состояний после периода особенно тяжелого пьянства.

В ранних стадиях алкоголизма и вне выраженных проявлений абстиненции, в рамках более стационарной картины заболевания, отчетливо выявляется совокупность аффективных нарушений, нередко выступающих в структуре своеобразного развития личности. Из них наиболее часто встречающиеся - аффективная лабильность, взрывчатость, склонность к колебаниям настроения с элементами благодушия и беспечности в поведении.

При изучении аффективных расстройств у различных групп алкоголиков обнаружены характерные для одних эпилептоидные проявления, для других шизоидные, органические. Но наиболее часто встречающиеся при алкоголизме проявления - психопатические (аффективно неустойчивые). В некторых случаях аффект имеет истерическую окраску.

В клинике встречаются и другие виды расстройств, обнаруживающих в той или иной мере близость к аффективным нарушениям иной природы. К их числу относятся алкогольные дисфории.

В состоянии ремиссии, также свойственная алкоголикам склонность к возникновению расстройств настроения под влиянием малозаметных внешних раздражителей, может создавать ввпечатление спонтанного появления дистимии, что сближает картину "ложной абстиненцией", описанной Пятницкой И.Н. и Портновым А.А.

Мартынов В.С. обратил внимание на то, что общей чертой всех вариантов аффективных расстройств является наличие выраженного астенического симптомокомплекса с невротическими реакциями.

Краснянский Н.Л. отмечает, что сомато-вегетативные нарушения в форме диэнцефальных кризов при алкоголизме, по клинике и течению схожи с такими же соматогенного генеза и перехлдят в ипохондрическое развитие личности.

Павлова И.И. в своих исследованиях выделяет три варианта больных алкоголизмом по формированию аффективных расстройств:

1. Больные страдающие аффективными нарушениями до начала алкоголизации. Аффективные нарушения носят эндогенный характер.

2. Больные у которых депрессивные состояния формируются в процессе алкоголизации и затем эндогенизируются.

3. Больные с аффективными нарушениями только в период абстиненции.

Нами было обследовано 65 больных хроническим алкоголизмом (мужчин) в возрасте от 20 до 50 лет. До поступления в больницу из них 34 человека ранее неоднократно получали активное противоалкогольное лечение. Длительность ремиссии у них была от нескольких дней до 6-8 месяцев, после чего наступал "срыв". 22 человека впервые поступили на лечение и 9 во второй раз.

Возраст больных следующих: от 20 до 25 лет - I, от 26 до 30 - 7 чел., от 3I до 35 лет - I0 чел., от 36 до 40 лет - 9 чел., от 4I до 45 - I3 чел., от 46 до 50 лет - 25 чел. По клиническим особенностям мы выделили две группы больных: первую группу составили 29 человек с наличием аффективных расстройств в форме выраженных депрессивных состояний, возникавших, как правило, в абстиненции, а также и в периоды воздержания от алкоголя. Ведущим симптомом у этих больных было подавленное настроение, чувство внутреннего напряжения с тревогой, тоской, страхом,сопровождавшееся выраженным влечением к алкоголю, разбитостью, вялостью, нарушением засыпания, бессонницей. У некоторых больных этой группы имели место тревожно-параноидные состояния с идеями преследования, самообвинения, суицидальными мыслями и тенденциями, а также апатия, вялость, безразличие к окружающему на фоне подавленного настроения, чувства тоски, безисходности. Ведущие симптомы делились на тревожно-депрессивный и апато-депрессивный.

Вторую группу больных составили 36 человек с преобладанием астенических проявлений: снижение общего тонуса, быстрая утомляемость, неуверенность в себе. У ряда больных астения сочеталась с раздражительной слабостью, гневливостью, взрывчатостью, неровностью в обращении с окружающими. У некоторых больных на фоне астенических расстройств превалировали вегетососудистые нарушения (сердцебиение, одышка, стойкий гипергидроз, головные боли), которые сочетались с ипохондрическими высказываниями или заострением истерических черт характера. У других астения сочеталась с ухудшением памяти, снижением концентрации внимания, апатией, вялостью.

Лечение проводилось на фоне трудотерапии, использовалась смешанная комбинированная методика: Е-36, МС-6, АТ-55. Причем наиболее выраженный эффект достигался при электростимуляции АТ-55. Улучшение после первой процедуры наблюдалось у I8 больных. Они отмечали уменьшение беспокойства, хотя оставалась неуверенность в себе, повышенная раздражительность. После 2-3 процедур все больные отмечали улучшение настроения, нормализовался сон, исчезло беспокойство. На 4-7 день лечения наступал регресс аффективной симптоматики, параллельно с улучшением общего физического состояния. Все

Все больные этой группы отмечали значительное уменьшение или исчезновение влечения к алкоголю после 2-3 процедудур. При наличии астенического варианта применялась комбинированная методика: ГИ-4, ТМ-14, с электростимуляцией АТ-55. Применение данной методики позволило получить выраженный эффект как при самом астеническом синдроме, так и при его различных вариантах на 1-3 процедурах. Причем все больные отмечали улучшение общего физического состояния, повышение работоспособности, настроения, быструю редукцию вегетативных нарушений, исчезновение вялости, апатии, раздражительности.

Для контроля была взята группа больных, которым проводилась акупунктура в индифферентные точки. Нормализация общего физического состояния и исчезновение психопатологической симптоматики у них наступала значительно позже, на 9-12 день.

Проведенное исследование показывает эффективность применения рефлексотерапии с целью повышения работоспособности больных алкоголизмом, находящихся на лечении в стационаре при промышленном предприятии.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОГО ВАРИАНТА АЛКОГОЛИЗМА

Еникеева Д.Д.

Оценивая алкоголизм как динамический процесс, в формировании и дальнейшем течении которого принимают участие биологические, психологические и социальные факторы, следует подчеркнуть, что в зависимости от сочетания многих условий заболевание может иметь различный темп прогредиентности: типично-прогредиентный, злокачественно-прогредиентный и малопрогредиентный. Типично-прогредиентный и злокачественно-прогредиентный варианты течения алкоголизма достаточно подробно исследованы. А об относительно доброкачественном течении заболевания имеются лишь единичные упоминания (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971; Стрельчук И.В., 1973; Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977; Иванец Н.Н., 1980; Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1983), однако всестороннего клинического исследования этого варианта течения алкоголизма нет.

Исходя из темпа прогредиентности алкоголизма, т.е. скорости появления, дальнейшей динамики основных симптомов заболевания и скорости прохождения стадий процесса, к малопрогредиентному варианту течения мы относим случаи с большой давностью заболевания, исчисляемой десятилетиями, когда симптоматика ограничивается начальной, гораздо реже - развернутой стадией, без закономерной для алкоголизма тенденции к социальной декомпенсации.

Исследовано 97 больных с давностью болезни от 25 до 45 лет, из них I стадия алкоголизма диагностирована у 72 (74,2%), II стадия - у 25 (25 (25,8%) больных.

У обследованных больных наблюдалось 3 типа течения алкоголизма: стационарный, ремиттирующий и регрессивный.

При стационарном типе течения малопрогредиентного варианта алкоголизма (49 больных, 50,5%) не обнаруживалось заметного нарастания симптоматики, начальная стадия болезни имела большую длительность - от 15 до 25 лет. Многие годы симптоматика заболевания ограничивалась синдромами психической зависимости и измененной реактивности, причем, симптомы, входящие в их структуру, имели ряд особенностей. К их числу относятся замедленное развитие толерантности и влечения к опьянению, сохранение способности подавлять существующее влечение и контролировать количество потребляемого спиртного, отсутствие характерной формы потребления алкоголя (систематической, псевдозапойной) и мн.др. Долгое время не формировался синдром физической зависимости, тоже имевший особенности. Его первым симптомом

было компульсивное влечение, но в отличие от типично-прогредиентного алкоголизма, компульсивность возникала преимущественно в состоянии опьянения после превышения пороговой дозы и крайне редко наблюдалась в светлых промежутках и в состоянии абстиненции.

При стационарном типе течения работоспособность в целом не нарушалась, социальные и семейные связи сохранялись. Этот тип течения был наиболее частым в наших наблюдениях. В 50,5% случаев он был свойственен всему длиннику заболевания, а в 49,5% - был длительным этапом, впоследствии сменяясь ремиттирующим или регрессивным типом течения.

При ремиттирующем типе (25 больных 25,8%) рецидиве перемежались ремиссиями, наступающими спонтанно или в результате противоалкогольного лечения. Спонтанные ремиссии были довольно частым явлением в наших наблюдениях. Им способствовало осознание индивидумом своего заболевания (в отличие от типичного алкоголизма, многим больным с малопрогредиентным вариантом была свойственна нозогнозия болезни), субъективная установка на трезвость, особенно в результате значительного ухудшения соматического состояния. В ряде случаев ремиссии способствовало изменение условий труда - переход на работу с большой физической или психической нагрузкой, новая ответственная должность и пр. При адаптации на новом месте или переходе на работу, не требующую столь высокой концентрации внимания и быстроты реакции, часть больных возобновляла алкоголизацию.

Малопрогредиентный вариант течения алкоголизма мы расцениваем как относительно благоприятный не только в смысле меньшей брутальности симптоматики, ее замедленного развития в отсутствие социальных следствий алкоголизма, но и в аспекте устойчивости ремиссий.

Терапевтические ремиссии при малопрогредиентном течении заболевания были менее стойки, чем спонтанные, но, в среднем, более длительны, чем ремиссии при типичном течении алкоголизма. В ряде случаев для достижения ремиссии было достаточно лишь психотерапевтических мероприятий, без подключения медикаментозного лечения.

Во время длительных ремиссий происходило обратное развитие основных симптомов заболевания. В этих случаях можно было говорить о смене ремиттирующего течения регрессивным, хотя, как и вообще при алкоголизме, возможность рецидива заболевания не исключалась.

При возобновлении алкоголизации вначале обнаруживалась меньшая, по сравнению с прежней, выносливость к спиртному, но при продолжении злоупотребления толерантность быстро восстанавливалась до прежних пределов , и в дальнейшем, в зависмости от стадии заболевания, имела известные закономерности - нарастала в I стадии и дости-

гала плато - во П стадии. Утяжеления болезни, ускорения темпа прогредиентности алкогольного процесса даже при неоднократных рецидивах малопрогредиентного алкоголизма мы не наблюдали.

По темпу нарастания симптоматики существенных отличий ремиттирующего типа течения от стационарного не отмечалось. Даже во время рецидивов заболевания формирования основных симптомов происходило замедленно, грубых изменений личности по алкогольному типу и социального снижения не происходило.

Регрессивное течение наблюдалось у 23 (23,7%) больных. Мы расцениваем этот тип течения не как самостоятельную форму, а как этап обратного развития симптоматики при стационарном и ремиттирующем типах течения. Так у 13 больных ранее отмечался стационарный тип течения, а у 10 - ремиттирующий.

У данной группы больных первые десятилетия злоупотребления клинические проявления заболевания были более рельефны, толерантность достигала 500,0-1000,0 крепких спиртных напитков, были сформированы симптомы психической зависимости и измененной реактивности, а у 8 больных - физической зависмости. К 50-60 годам проявления алкогольного наркоманического синдрома начинали угасать, наряду с угасанием других видов влечений. Уменьшалась физическая и психическая нагрузка, утяжелялась соматическая патология, изменялись социальные и семейные условия. После ухода на пенсию изменялся ритм жизни, иногда возникала ранее несвойственная ипохондричность. Все это побуждало больных ограничить употребление спиртного, хотя незадолго до этого они могли потреблять высокие дозы алкоголя, что противоречит предположению о невыносливости к нему и переходе болезни в позднюю стадию. Больные не только сознательно уменьшали дозу спиртного, но и урежали частоту выпивок. Способность пить умеренно приобретали и многие больные, перенесшие инфаркт, инсульт и другие тяжелые заболевания. Однако и при регрессивном течении готовность к рецидиву сохранялась.

Дальнейшие исследования малопрогредиентного варианта течения алкоголизма помогут поиску адекватных терапевтических мероприятий сцелью воздействия на алкогольный процесс и перевода его в более благоприятное течение.

Подписано в печать 6.07 1984г.

Тираж 600 экземпляров Цена: I рубль

Заказ 095

Типография НИИМАШ

г. Щербинка, Типографская ул., I0